

Seminário

Atenção Primária à Saúde: Estratégia chave para a sustentabilidade do SUS

Brasília, 17 e 18 de Abril

Inovando no modelo de atenção e reorganizando o sistema de saúde para responder aos novos desafios.

Sergio Minué
Escuela Andaluza de Salud Pública

Agenda

30 ANOS DE
SUS
QUE
SUS
PARA 2030?

Realização

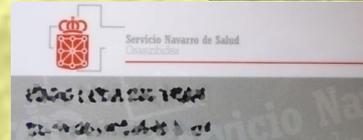


MINISTÉRIO DA
SAÚDE



	Brasil	España
Población	208	46
Extensión	17	1
Economía	9ª	15ª
Modelo estado	Federal	Autonómico
Indice Gini	52,67 (2012)	35,75 (2010)
PIB per capita (2018 FMI)	16.199	40.289





Alma Ata 1978-Astana 2018



The contribution of PC Systems to Health Outcomes within OECD (Macinko, Starfield, Shi, HSR 2003)

Table 2: Primary Care System and Practice Scores for OECD Countries

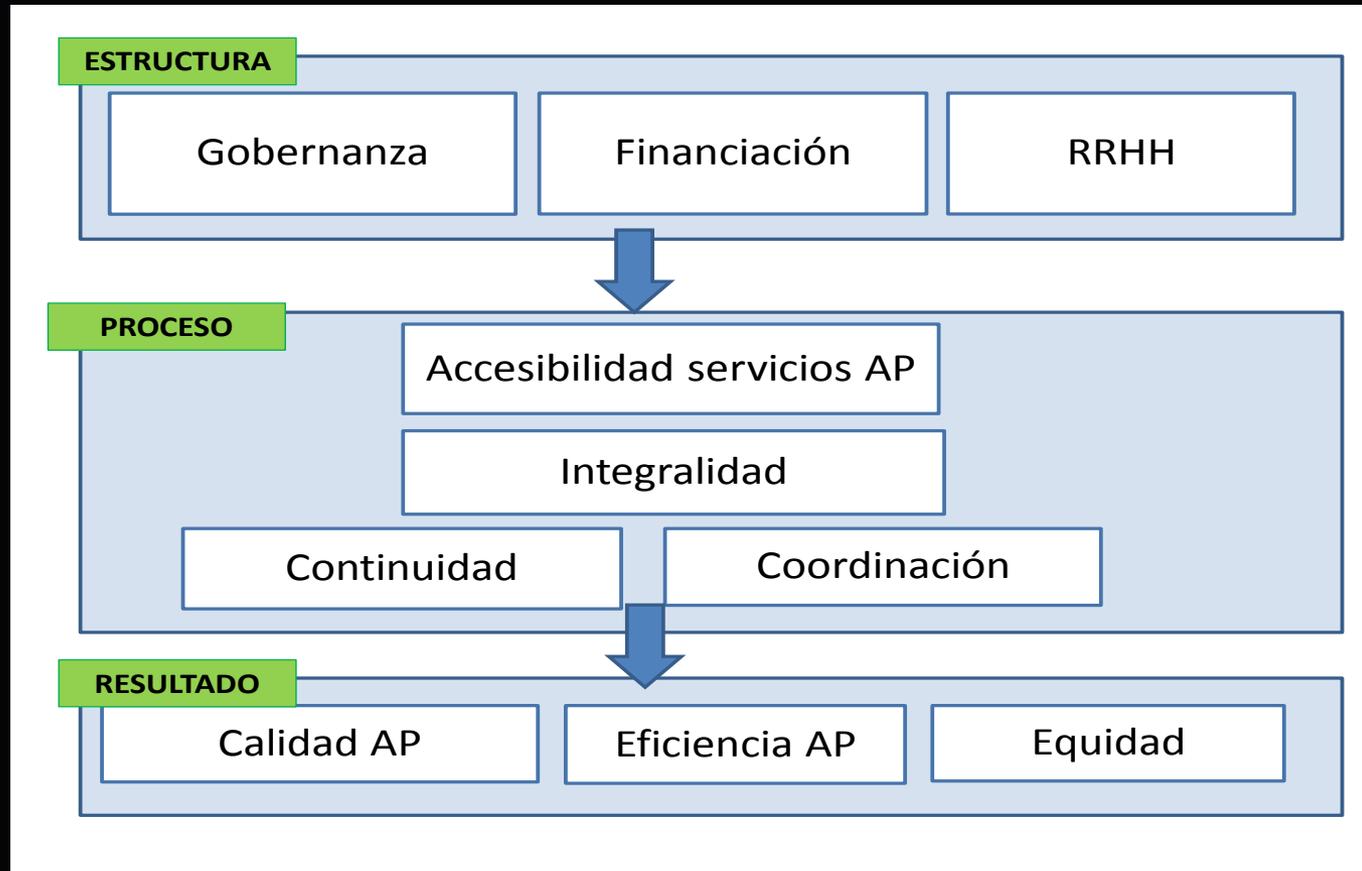
1975		1985		1995	
Country	Score	Country	Score	Country	Score
<i>Countries Scoring above Mean</i>					
Denmark	18	Denmark	18	U.K.	19
U.K.	17	U.K.	17	Denmark	18
Netherlands	14	Netherlands	15	Spain	16.5
Norway	13	Italy	13.5	Netherlands	15
Australia	12	Australia	13	Italy	14
Spain	11	Norway	13	Finland	14
Italy	10.5	Spain	11	Norway	13
Finland	10	Finland	10.5	Australia	13
Sweden	9.5	Canada	10.5	Canada	11.5
Canada	8	Sweden	9.5	Sweden	11
<i>Countries Scoring below Mean</i>					
Japan	7.5	Japan	7.5	Japan	7.5
Portugal	6	Portugal	7	Portugal	7
Greece	4	Germany	4	Belgium	4
Belgium	4	Belgium	4	Greece	4
Germany	4	Greece	4	U.S.A.	3
Switzerland	2.5	Switzerland	2.5	Germany	3
France	2	France	2	Switzerland	2.5
U.S.A.	1	U.S.A.	1	France	2

Exhibit 2. The Strength of Countries' Primary Care Dimensions Based on Scoring System

	The structure of primary care			The services delivery process of primary care				Overall primary care system strength
	Primary care governance	Economic conditions of primary care	Primary care workforce development	Access to primary care	Continuity of primary care	Coordination of primary care	Comprehensiveness of primary care	
Austria	Medium	Medium	Weak	Medium	Weak	Weak	Weak	Weak
Belgium	Medium	Strong	Medium	Weak	Strong	Medium	Strong	Strong
Bulgaria	Medium	Weak	Weak	Weak	Medium	Weak	Strong	Weak
Cyprus	Weak	Weak	Weak	Weak	Medium	Weak	Weak	Weak
Czech Republic	Medium	Weak	Weak	Strong	Strong	Medium	Weak	Medium
Denmark	Strong	Medium	Strong	Strong	Strong	Strong	Medium	Strong
Estonia	Strong	Weak	Medium	Medium	Strong	Medium	Medium	Strong
Finland	Medium	Strong	Strong	Medium	Medium	Medium	Strong	Strong
France	Medium	Medium	Medium	Weak	Medium	Medium	Strong	Medium
Germany	Medium	Strong	Medium	Medium	Strong	Weak	Medium	Medium
Greece	Medium	Weak	Weak	Weak	Weak	Strong	Weak	Weak
Hungary	Weak	Medium	Medium	Strong	Medium	Weak	Weak	Weak
Iceland	Weak	Weak	Weak	Medium	Strong	Weak	Medium	Weak
Ireland	Weak	Weak	Strong	Weak	Strong	Weak	Medium	Weak
Italy	Strong	Strong	Medium	Medium	Weak	Medium	Weak	Medium
Latvia	Medium	Medium	Weak	Weak	Strong	Medium	Medium	Medium
Lithuania	Strong	Medium	Medium	Strong	Weak	Strong	Strong	Strong
Luxembourg	Weak	Weak	Weak	Weak	Weak	Medium	Medium	Weak
Malta	Weak	Weak	Strong	Weak	Weak	Strong	Medium	Weak
Netherlands	Strong	Strong	Strong	Strong	Weak	Strong	Medium	Strong
Norway	Strong	Weak	Medium	Medium	Medium	Weak	Strong	Medium
Poland	Weak	Weak	Weak	Strong	Medium	Strong	Weak	Medium
Portugal	Strong	Medium	Strong	Strong	Medium	Medium	Strong	Strong
Romania	Strong	Strong	Medium	Medium	Medium	Weak	Weak	Medium
Slovak Rep.	Weak	Medium	Weak	Medium	Strong	Weak	Weak	Weak
Slovenia	Strong	Strong	Strong	Strong	Weak	Strong	Weak	Strong
Spain	Strong	Strong	Strong	Strong	Strong	Strong	Strong	Strong
Sweden	Medium	Medium	Medium	Medium	Weak	Strong	Strong	Medium
Switzerland	Weak	Medium	Strong	Weak	Medium	Medium	Medium	Medium
Turkey	Medium	Medium	Medium	Weak	Weak	Weak	Medium	Weak
United Kingdom	Strong	Strong	Strong	Strong	Medium	Strong	Strong	Strong

MONITOR

Kringos et al. BMC 2010



10 dimensiones-41 características-99 indicadores-11 items complementarios
Indicadores transformados en puntuaciones de 1-3

Si la Atención Primaria es fuerte...

menor hospitalización



menor inequidad

mejores resultados en salud

Variation in the overall strength of primary care in Europe

Total level of primary care orientation

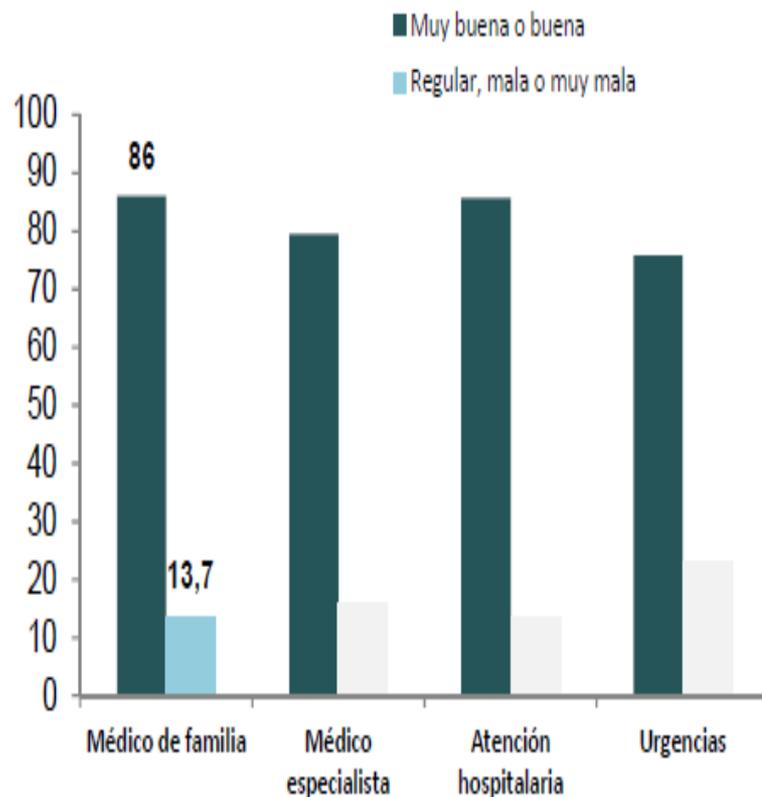
- high
- medium
- low





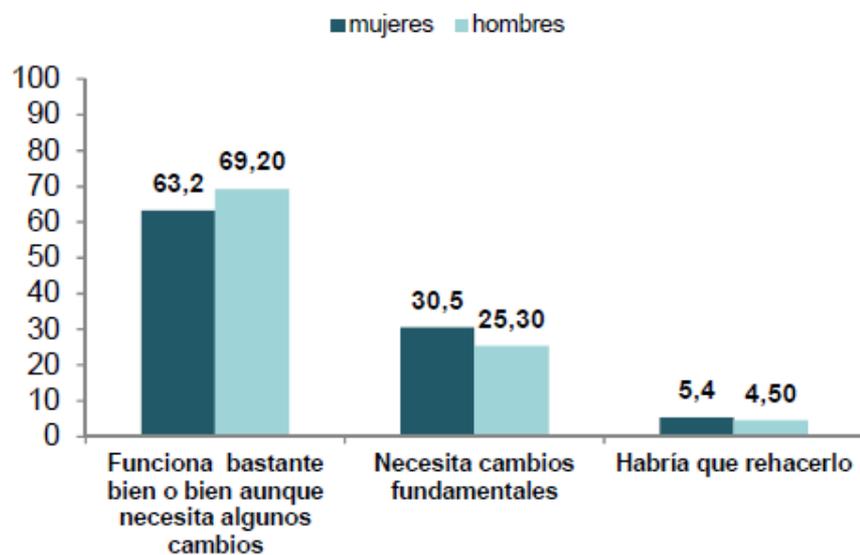
Usuarios de Atención Primaria (médico de familia o pediatra) del SNS

Valoración de la asistencia recibida

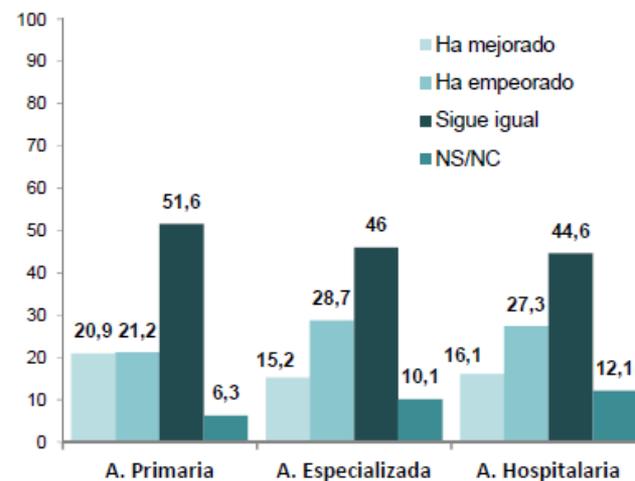


Valoración del sistema sanitario

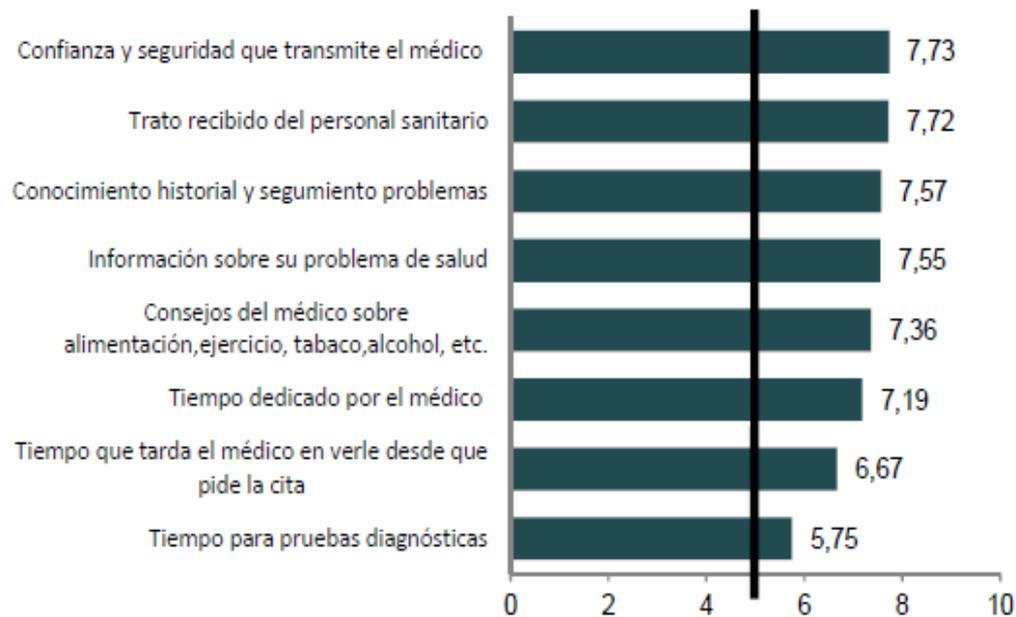
El 66,1 % opina que funciona bastante bien o bien aunque necesita algunos cambios



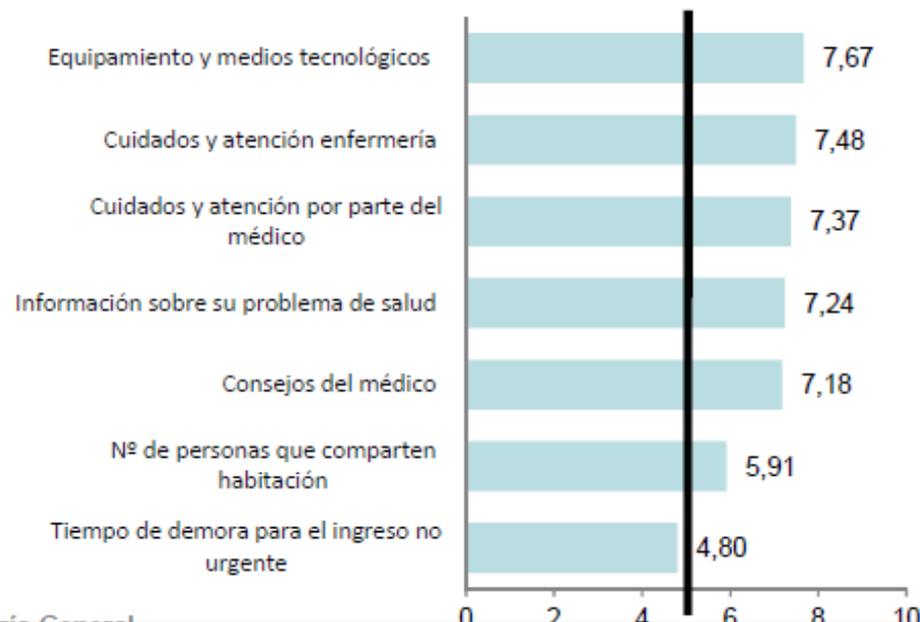
Evolución percibida en los últimos cinco años de cada uno de los siguientes servicios asistenciales



Atención Primaria



Hospitales



¿ Qué determina la fortaleza?

Figura 1. Esquema de características esenciales de la APS.

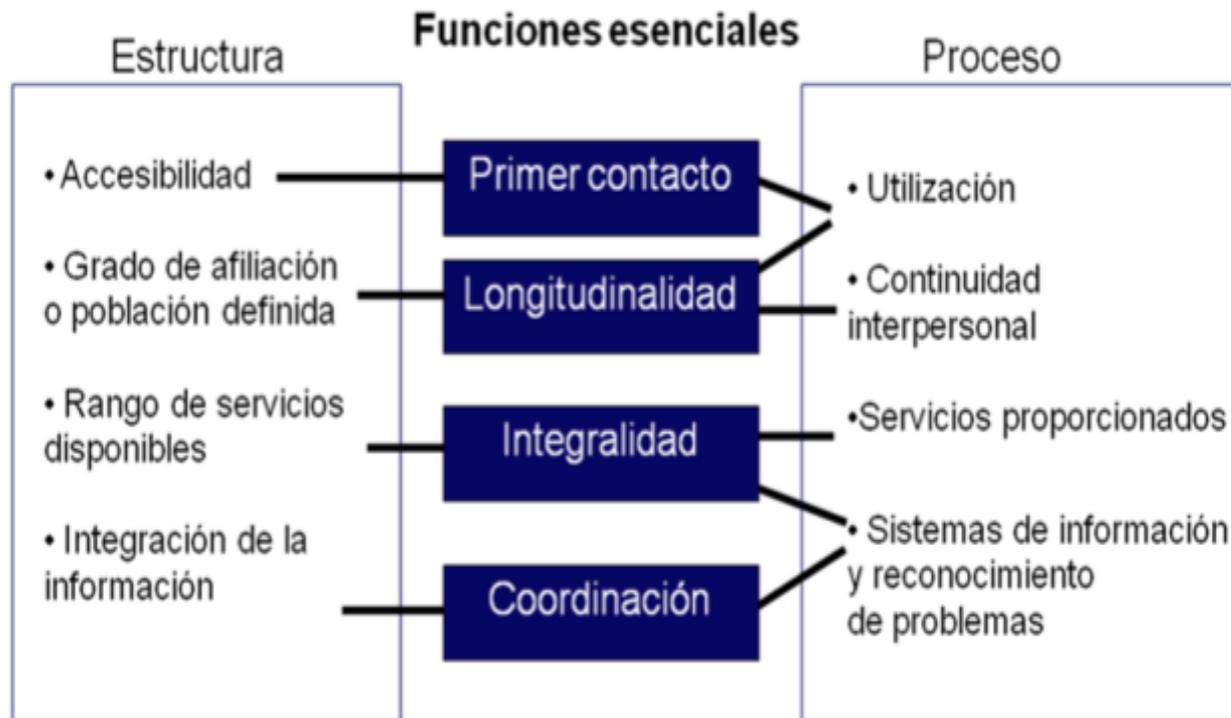


Gráfico 10 - Proporción de usuarios atendidos en centros de AP/Personas asignadas

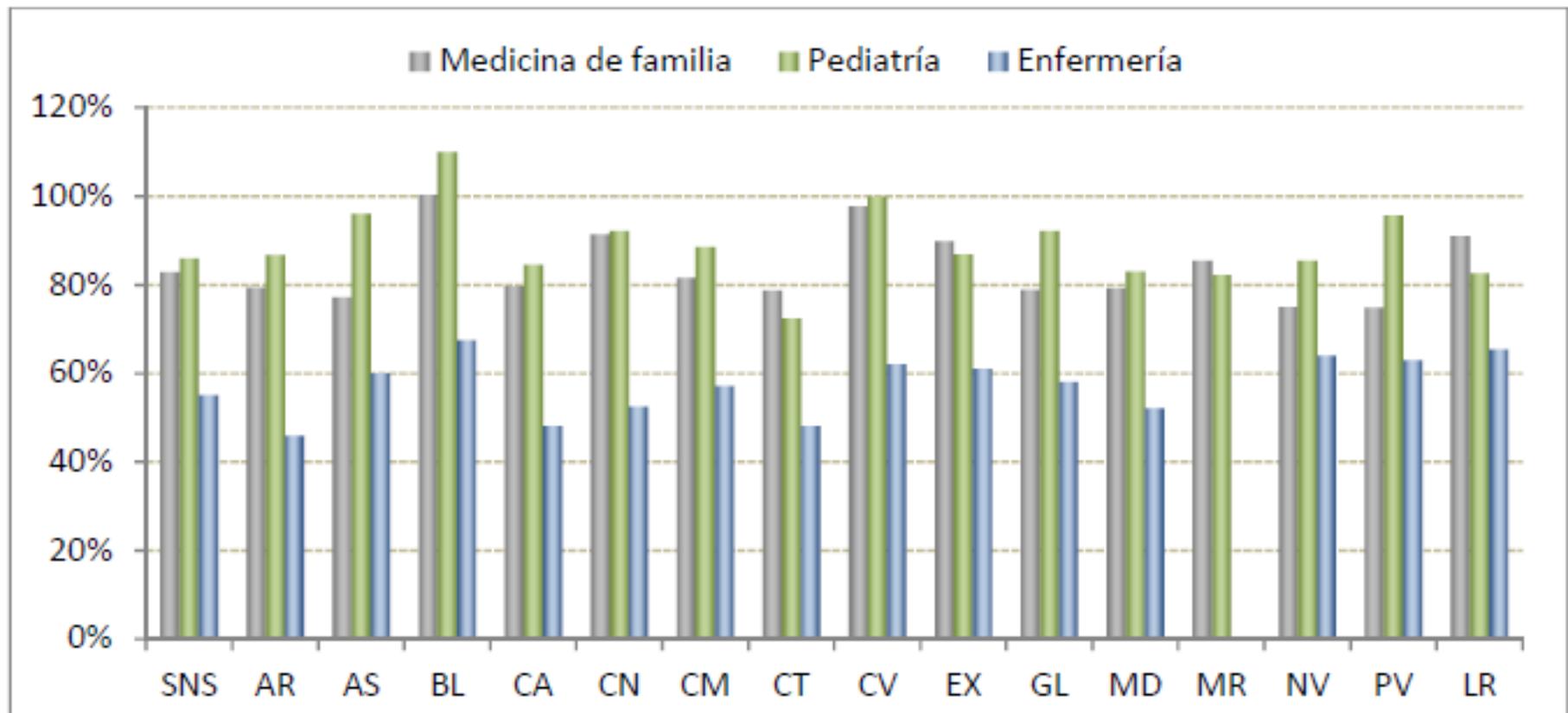


Gráfico 3 - Peso relativo de cada grupo de edad respecto del total de actividad de MFC

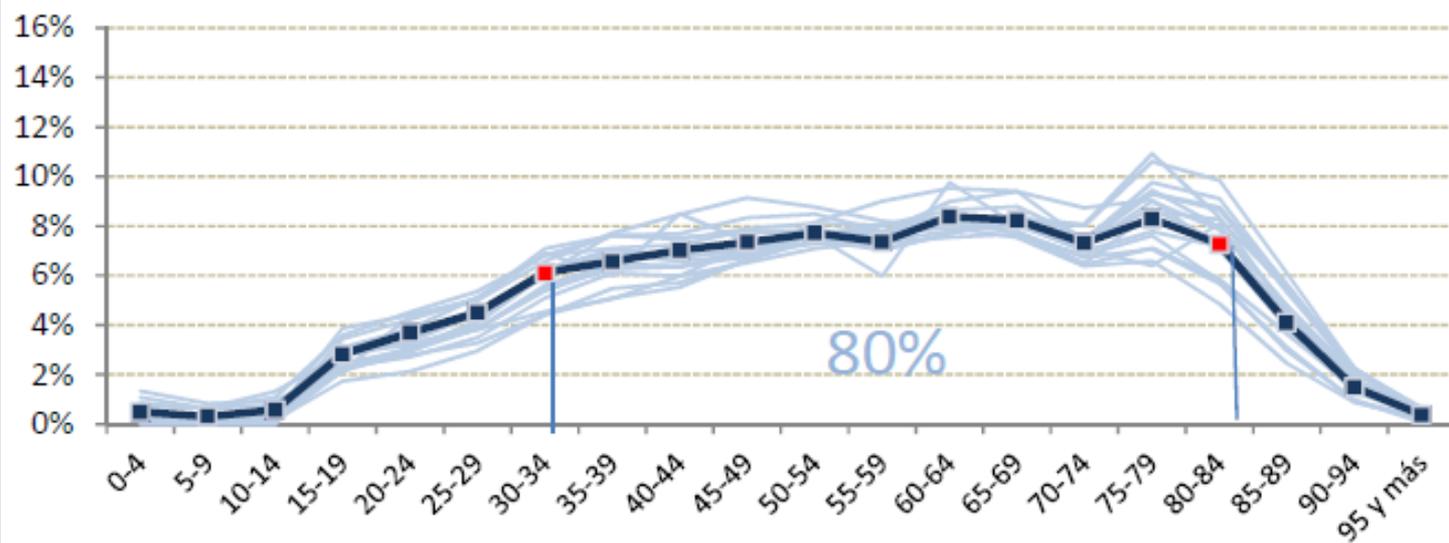


Gráfico 5 - Peso relativo de cada grupo de edad respecto al total de actividad de enfermería

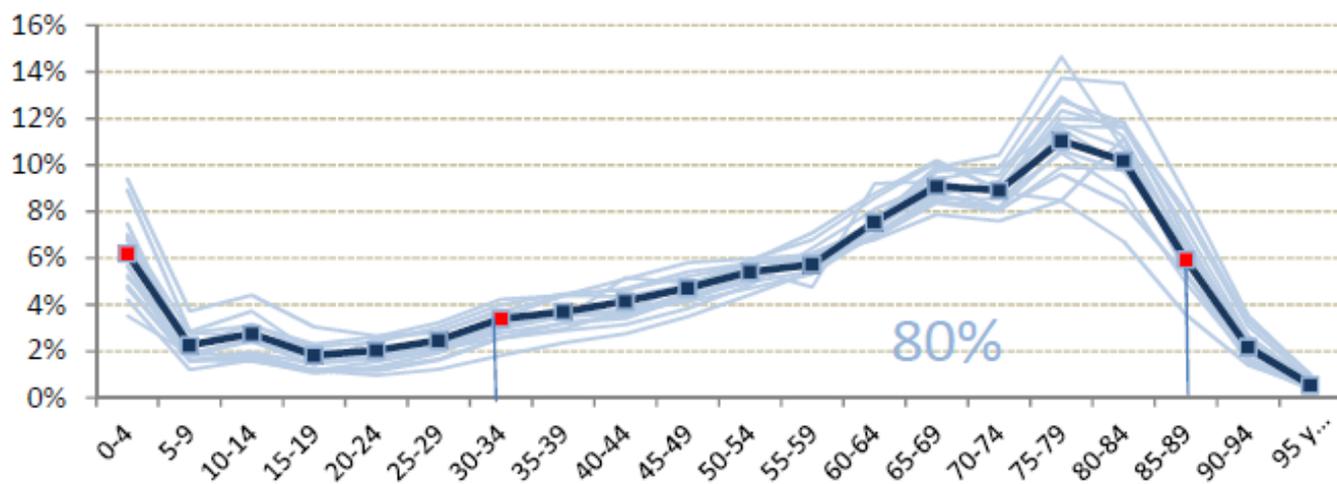


Gráfico 6 - Frecuentación por tipo de profesional

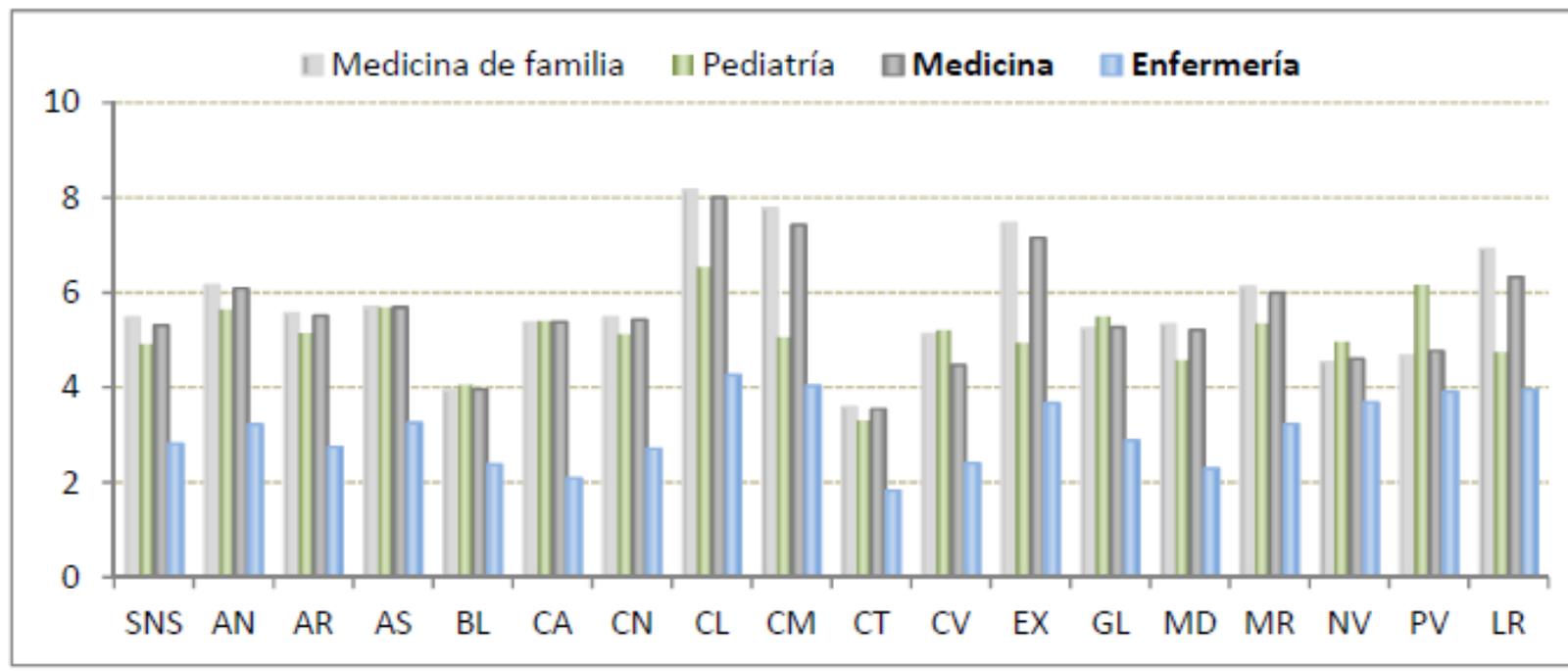


Gráfico 20 - Frecuentación general a medicina por grupo de edad. Evolución 2007 - 2012

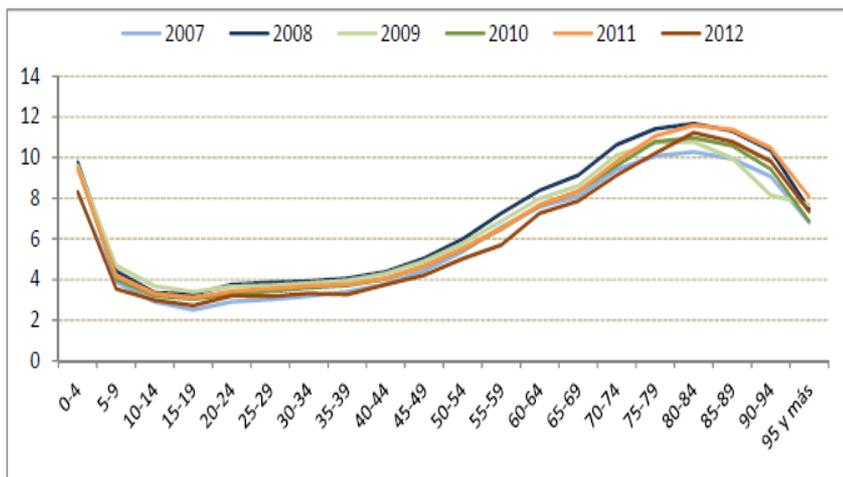
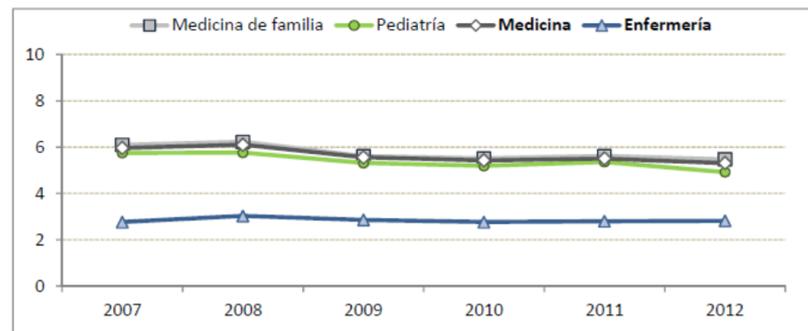
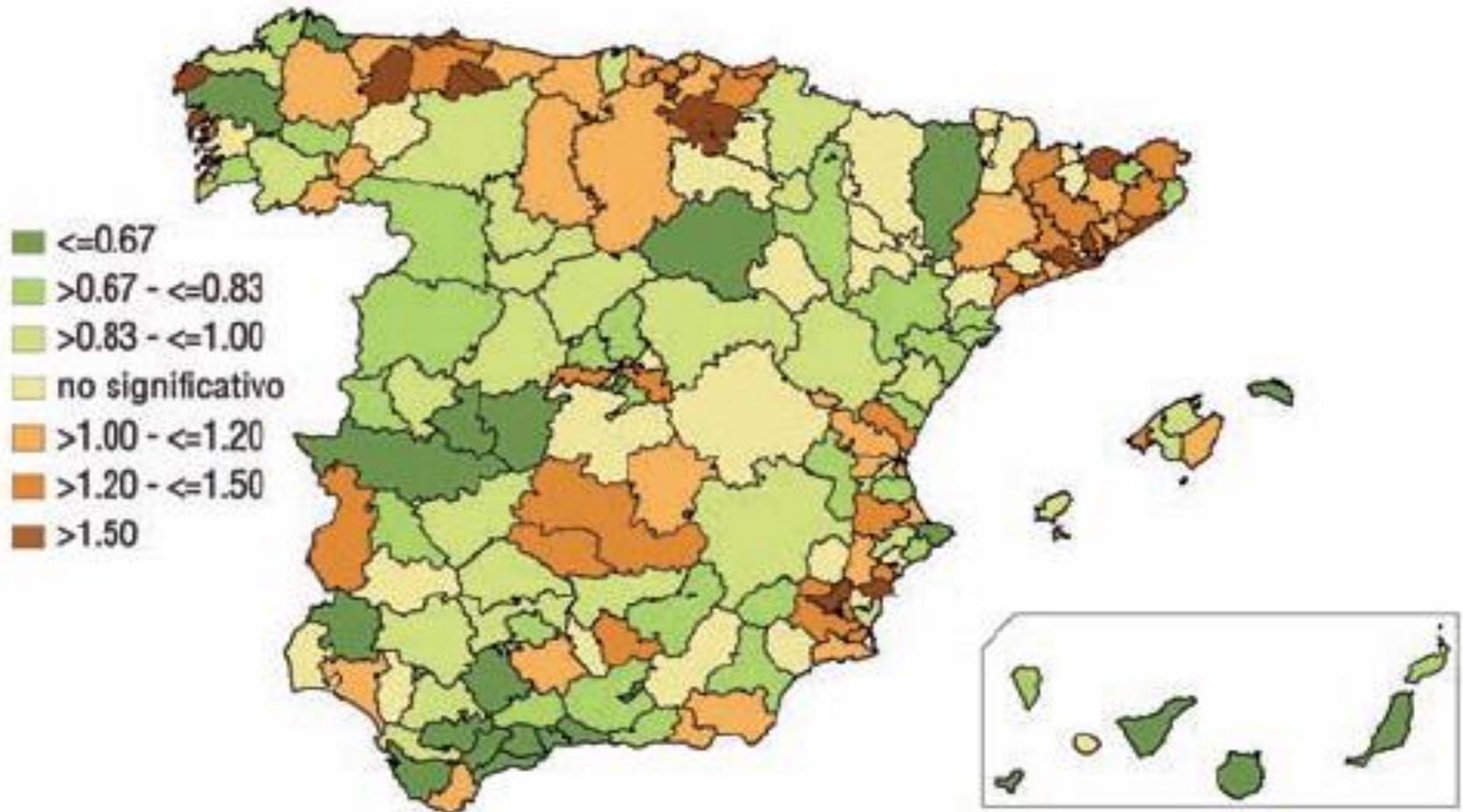


Gráfico 18 - Frecuentación general. Evolución 2007 - 2012



HPE (total)

Todos



Modelo homogéneo de Equipos de Atención Primaria públicos

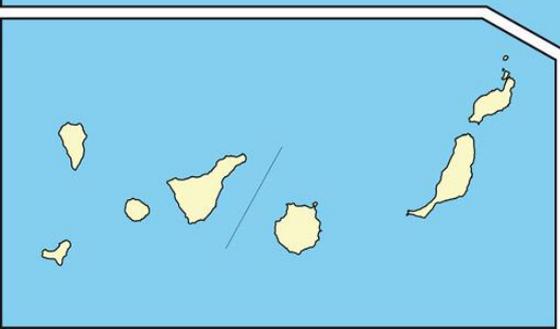


Equipo de Atención Primaria



EBA
Consortios
Mutuas

PFI
PPP
Concesión



Fortalezas

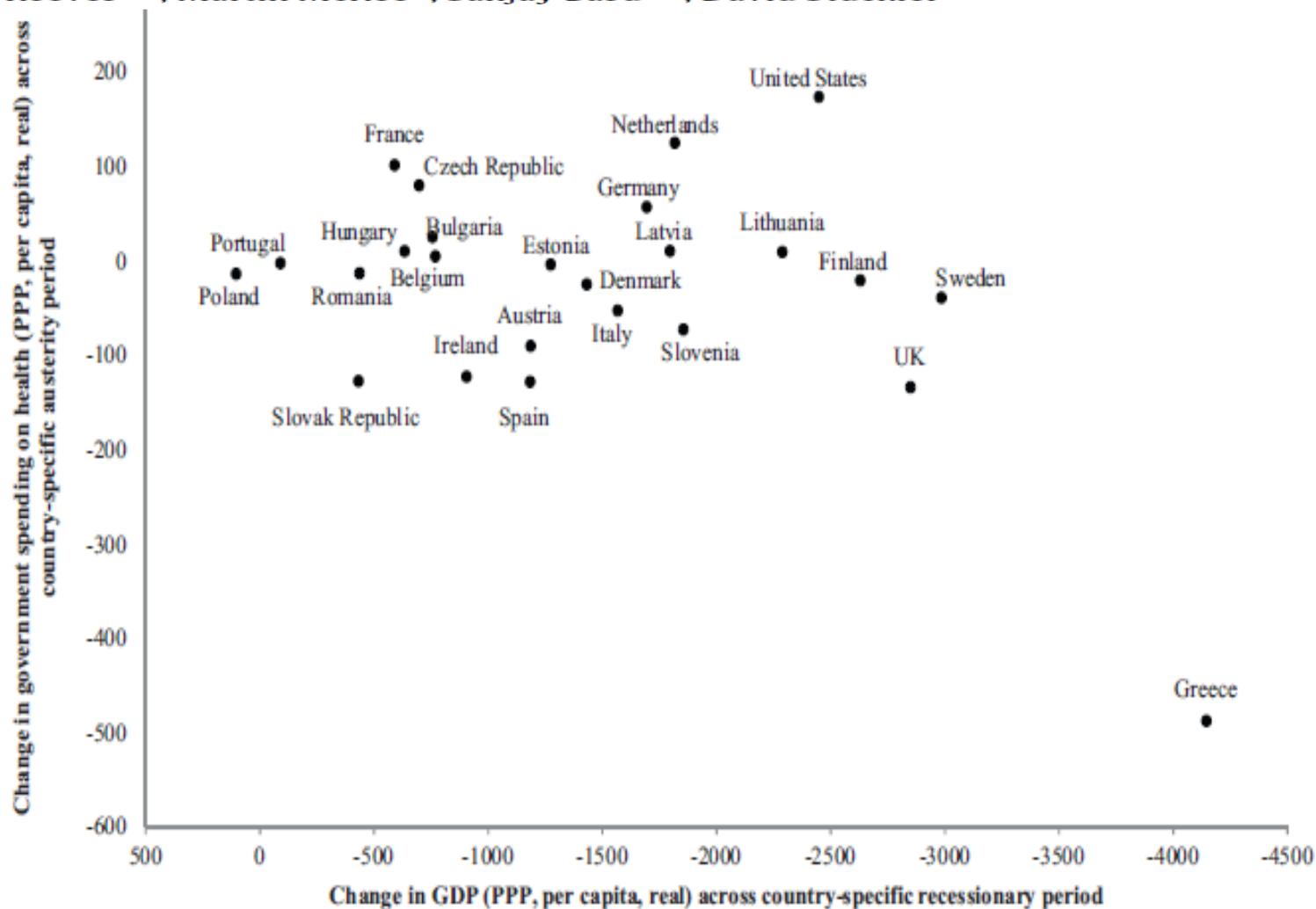
- **Inclusión en el sistema nacional de formación de residentes (MIR) de la especialidad de medicina familiar y comunitaria)**
- **Obligatoriedad de ser especialista en Medicina Familiar y Comunitaria para poder trabajar en el Primer Nivel (1995)**
- **Cobertura universal...hasta 2012**
- **El cupo de pacientes**
- **La dedicación completa y exclusiva**
- **Trabajo en equipo multidisciplinar**
- **Gran inversión en infraestructuras**
- **Generalización del uso de la historia clínica**
- **Progresiva concienciación respecto al coste**



The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995–2011 ☆☆

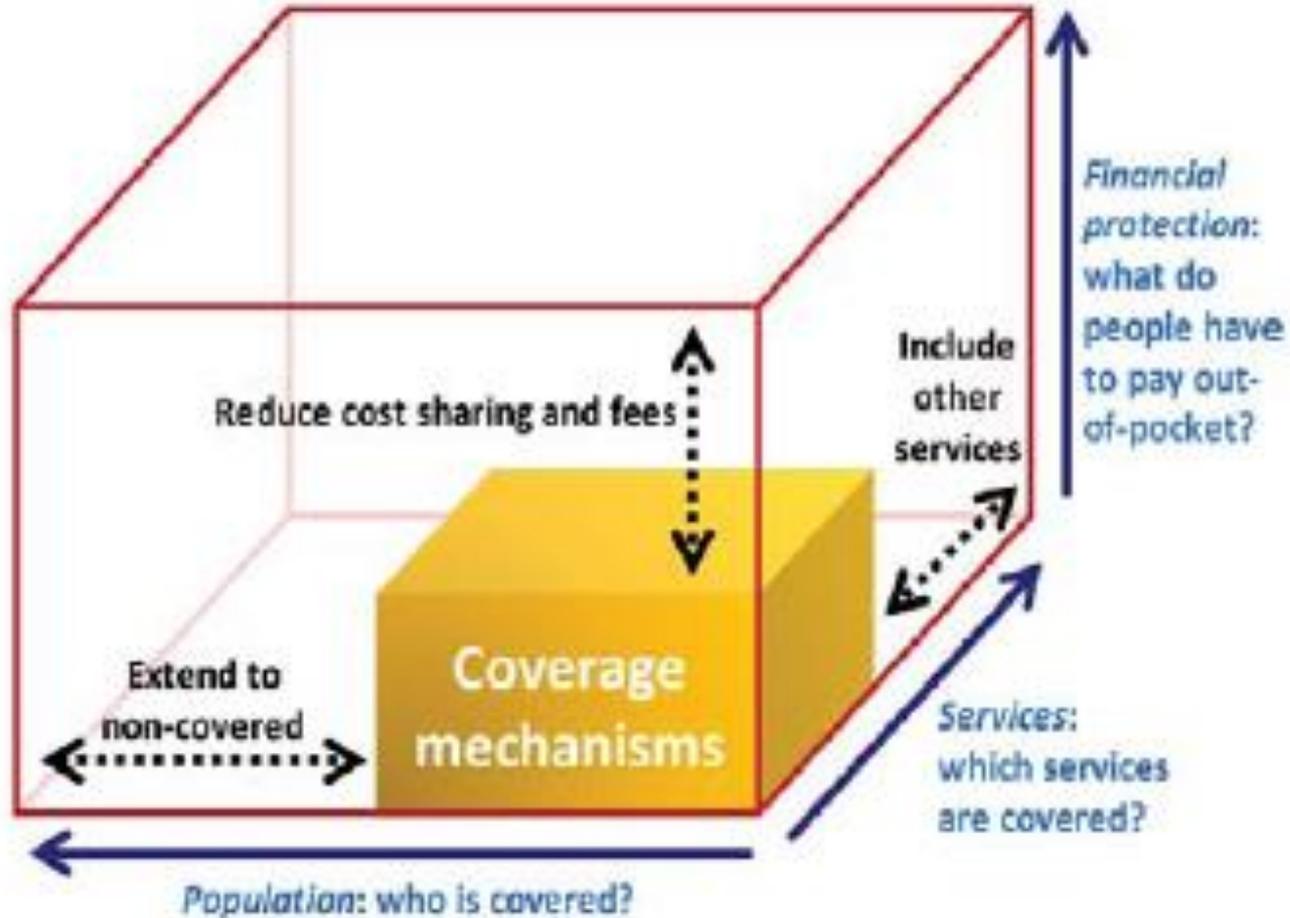


Aaron Reeves^{a,*}, Martin McKee^b, Sanjay Basu^{b,c}, David Stuckler^{a,b}



Universal Coverage (WHO)

Figure 6. Dimensions of health coverage

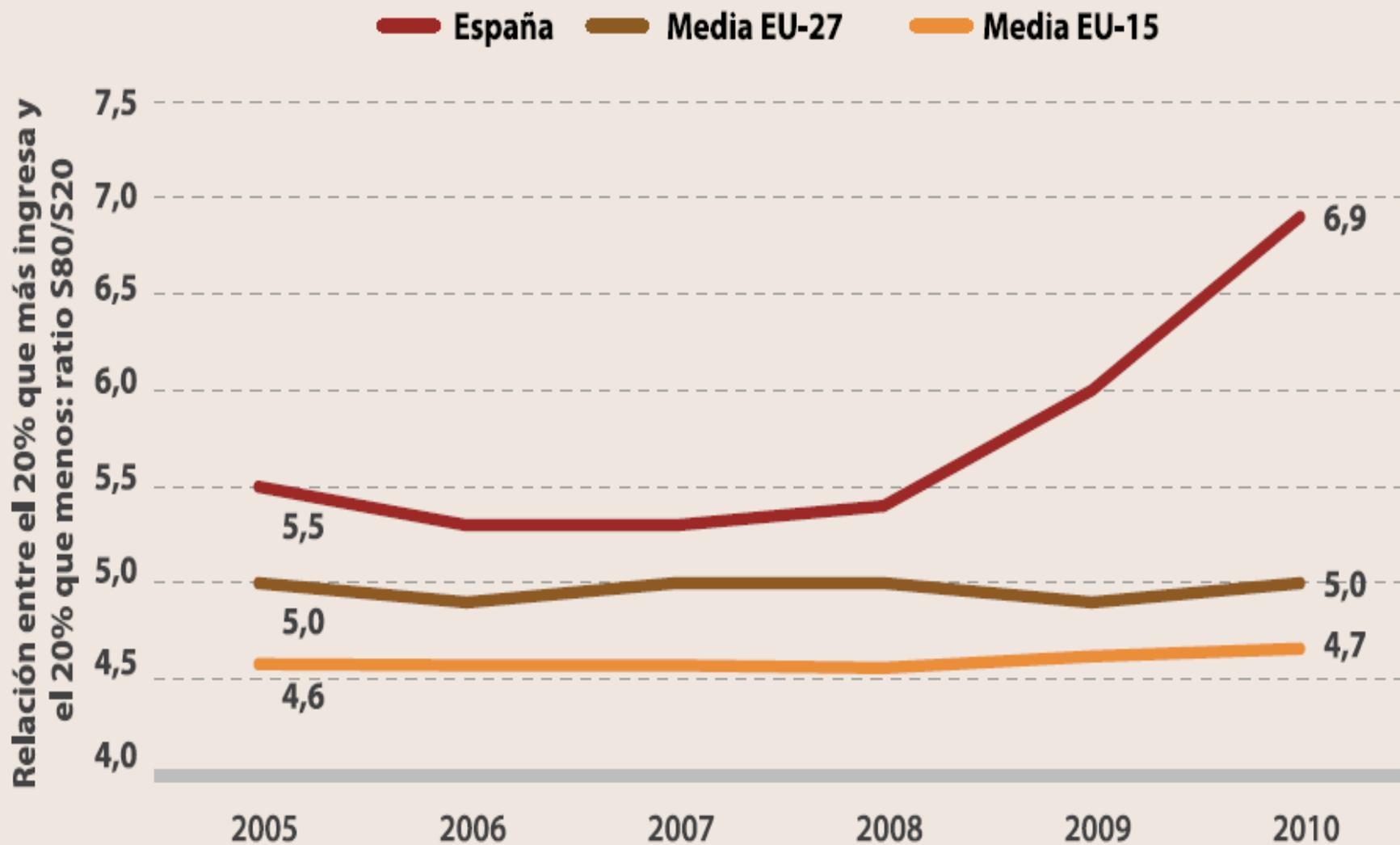


Source: WHO²⁷

Nº CSR	CSR Subcategor.	MEDIDA	DESCRIPCIÓN				EUROPA 2020	RETOS/RIESGOS	IMPLICACION PRESUPUESTO	IMPACTO	
			Principales objetivos y relevancia	Contenido de la medida	Instrumentos normativos	Progreso alcanzado en los últimos 12 meses	Próximos pasos	Contribución estimada a los objetivos 2020	Retos y riesgos de aplicación	Gastos e ingresos anuales/ Contribución de Fondos Europeos	Descripción cualitativa
1	1.4	25	Garantizar la sostenibilidad en la financiación de la sanidad y la cohesión territorial del sistema	<ul style="list-style-type: none"> Ordenación de la cartera de servicios, garantizando la cohesión territorial del sistema, en línea con los países de la Unión Europea. Se diferencia una cartera de servicios asistenciales y una cartera de servicios sujeta a aportación del usuario (cartera suplementaria) La cartera de servicios asistenciales incluye una ordenación de las prestaciones y servicios sanitarios, y un nuevo catálogo de implantes quirúrgicos. La cartera de servicios sujeta a aportación del usuario se extiende a la dispensación ambulatoria de dietoterápicos y ortoprotésicos, y uso de transporte sanitario no urgente. 	<ul style="list-style-type: none"> Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril RD 1506/2012 (prestación ortoprotésica). OM SSI/2366/2012 (factor común de facturación de productos dietéticos). 					<ul style="list-style-type: none"> En 2013, la ordenación de la cartera de servicios generará un ahorro de 875 M€, correspondiendo 700M€ a la de servicios asistenciales y 175 M€ a la cartera sujeta a aportación del usuario. 	
1	1.4	26	Alcanzar la máxima eficiencia en la gestión hospitalaria	<ul style="list-style-type: none"> Mejora de la eficiencia de la oferta sanitaria: compras centralizadas, acuerdos marco para suministro vacunas, receta electrónica, etc. Implementación de la E-SALUD 	<ul style="list-style-type: none"> Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril. 		<ul style="list-style-type: none"> Despliegue a nivel nacional de la historia clínica digital Impulso de la receta electrónica 		<ul style="list-style-type: none"> En 2013 el impacto estimado es de 300M€ 		
1	1.4	27	Mejorar la eficiencia de los recursos humanos del sistema	<ul style="list-style-type: none"> Ordenación de recursos humanos del Sistema. 	<ul style="list-style-type: none"> Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril. 	<ul style="list-style-type: none"> Mejora de la IT y complemento de pensiones. Reducción de absentismo y de las sustituciones aparejadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Nuevo modelo retributivo y de desarrollo profesional Modelo de gestión clínica 				
1	1.4	28	Evitar el fraude en la obtención de la tarjeta sanitaria española	<ul style="list-style-type: none"> Reforma del aseguramiento del sistema nacional de salud: se define el concepto de asegurado. Se ha unificado la tarjeta sanitaria como documento básico de acreditación para todo el sistema lo que permite un mejor control y seguimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril Real Decreto 1192/2012. 		<ul style="list-style-type: none"> Nuevo Real Decreto de Convenio Especial de Asistencia Sanitaria. 		<ul style="list-style-type: none"> 873.000 tarjetas de extranjeros no residentes en España dadas de baja. 		

FIGURA 13

Desigualdad en España y en la Unión Europea: Relación entre los ingresos del quintil más rico y los del quintil más pobre (2005-2010)



Fuente: Eurostat, 2012b

Austerity: a failed experiment on the people of Europe

Martin McKee, Marina Karanikolos, Paul Belcher and David Stuckler

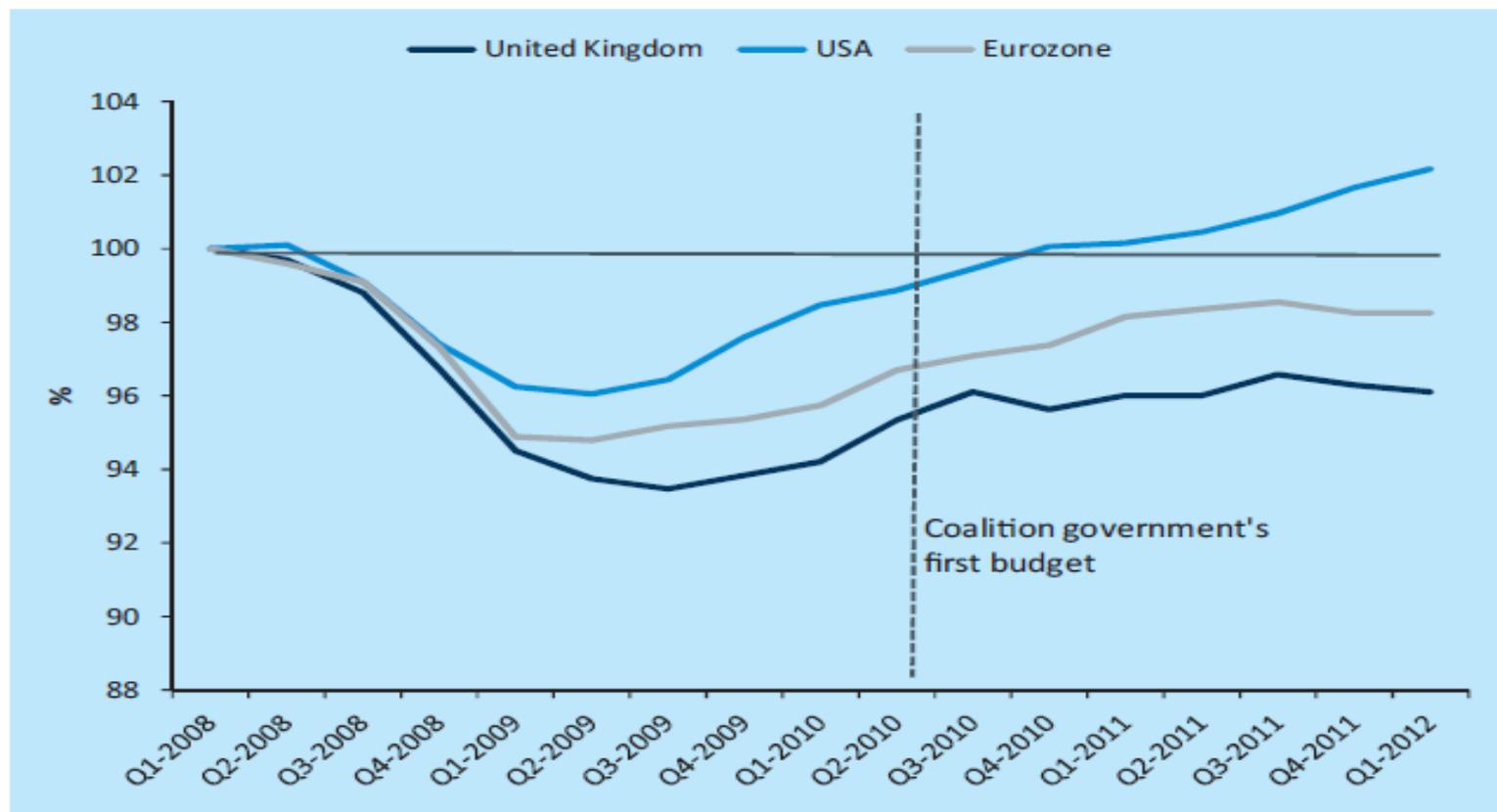
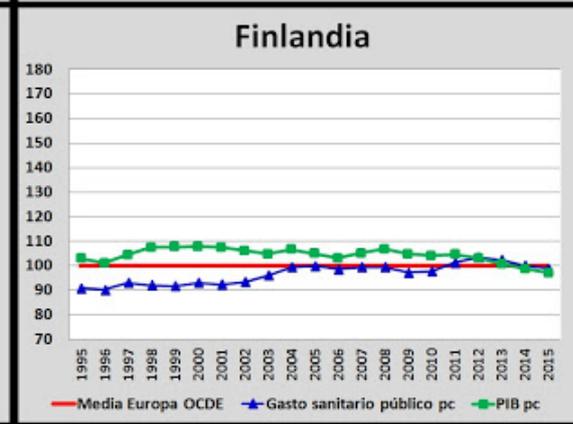
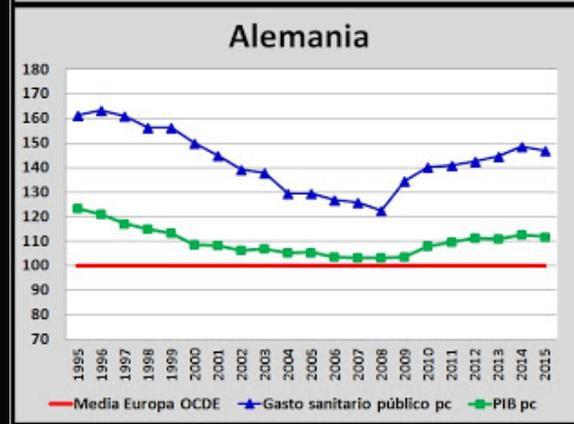
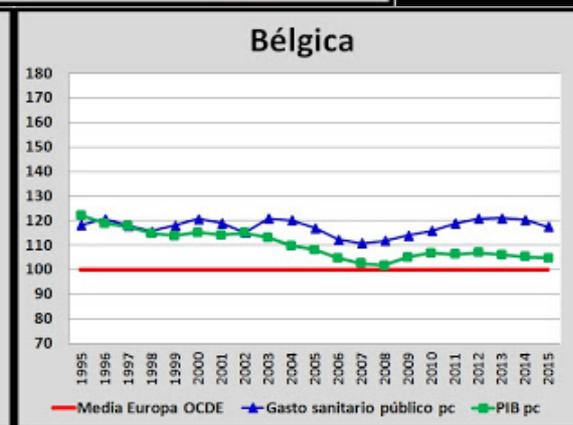
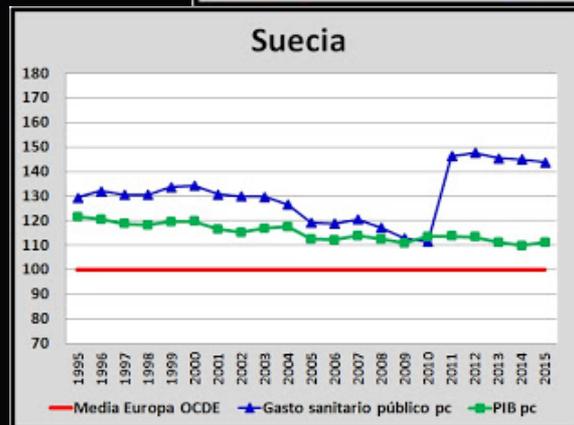


Fig 1. Change in gross domestic product (GDP), indexed on Quarter 1, 2008.

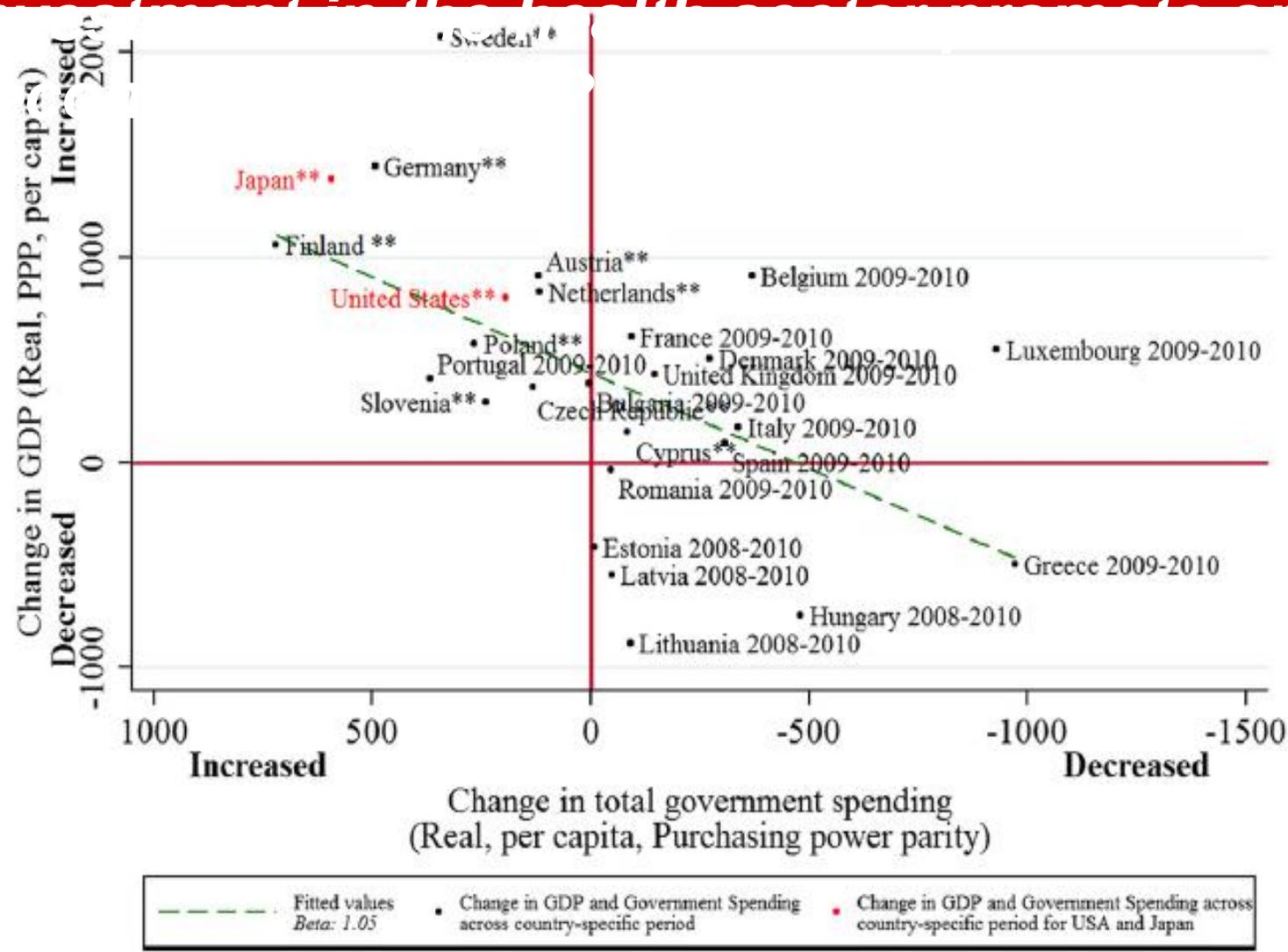


Actualización del programa de estabilidad. 2016-2019

Gobierno de España

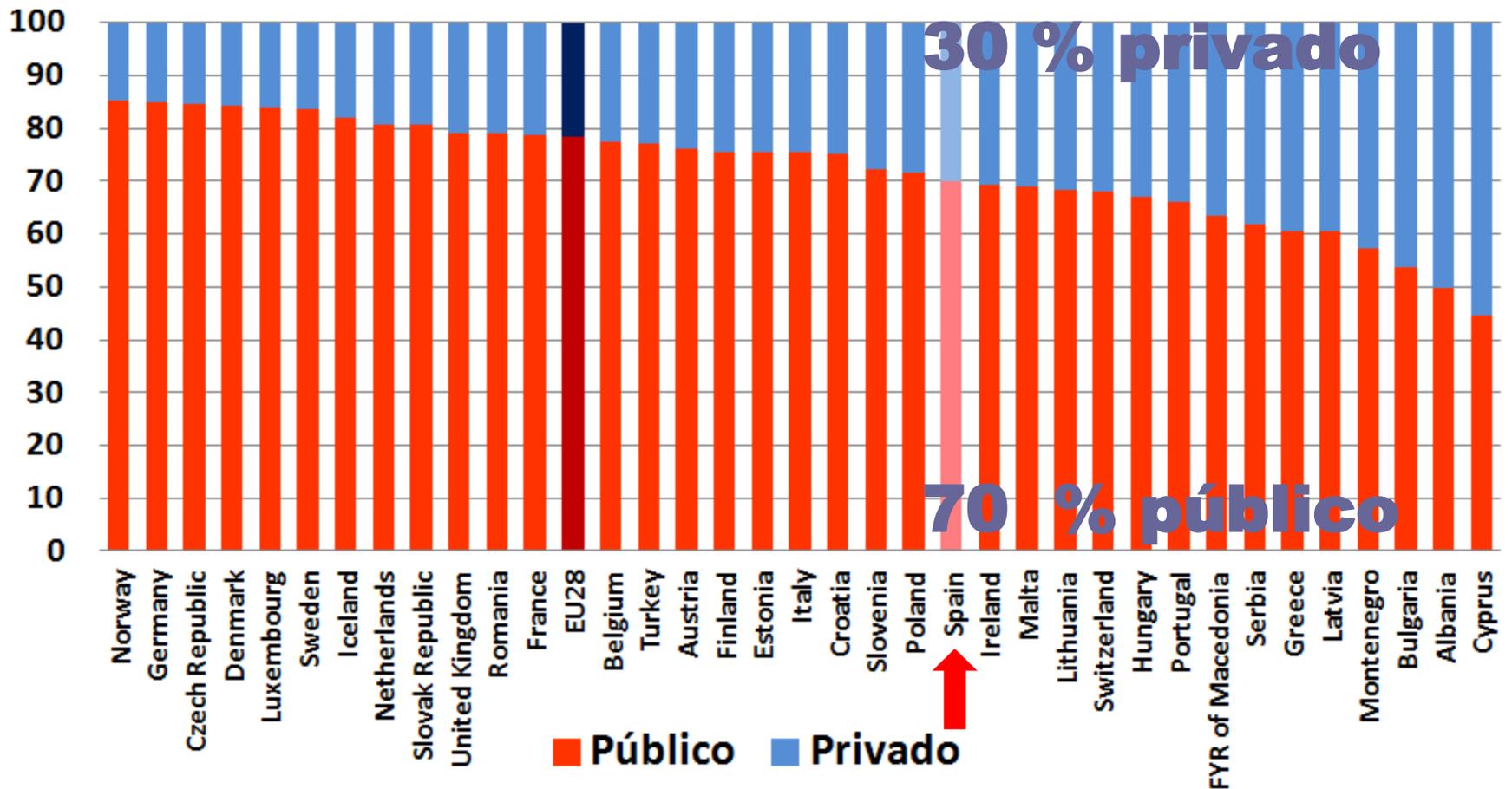
Funciones	Código COFOG	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
		En % del PIB								
1 Servicios públicos generales	1	6,20	6,61	7,11	6,92	6,46	6,10	5,93	5,78	5,66
2 Defensa	2	1,04	0,93	0,96	0,87	0,96	0,86	0,88	0,97	0,93
3 Orden público y seguridad	3	2,17	2,03	2,04	2,02	2,04	1,93	1,92	1,89	1,87
4 Asuntos económicos	4	5,66	7,95	4,51	4,42	4,21	4,14	4,07	3,92	3,95
5 Protección del medio ambiente	5	0,95	0,89	0,84	0,84	0,82	0,78	0,78	0,77	0,77
6 Vivienda y servicios comunitarios	6	0,57	0,46	0,45	0,50	0,48	0,45	0,45	0,45	0,45
7 Salud	7	6,47	6,20	6,12	6,08	6,17	5,95	5,89	5,81	5,74
8 Actividades recreativas, cultura y religión	8	1,51	1,21	1,15	1,15	1,11	1,08	1,07	1,06	1,06
9 Educación	9	4,40	4,15	4,08	4,06	4,03	3,89	3,86	3,81	3,76
10 Protección social	10	16,83	17,51	17,87	17,62	17,04	16,70	16,40	16,16	15,87
11 Gasto total	TE	45,80	47,95	45,13	44,47	43,32	41,88	41,24	40,61	40,07

Fuentes: Instituto Nacional de Estadística y Ministerios de Economía y Competitividad y Hacienda y Administraciones Públicas.



Recessionary fiscal multiplier, 2008–2010.

Gasto sanitario público y privado países europeos, 2015





Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Health Policy

journal homepage: www.elsevier.com/locate/healthpol



The effect of physician supply on health status: Canadian evidence

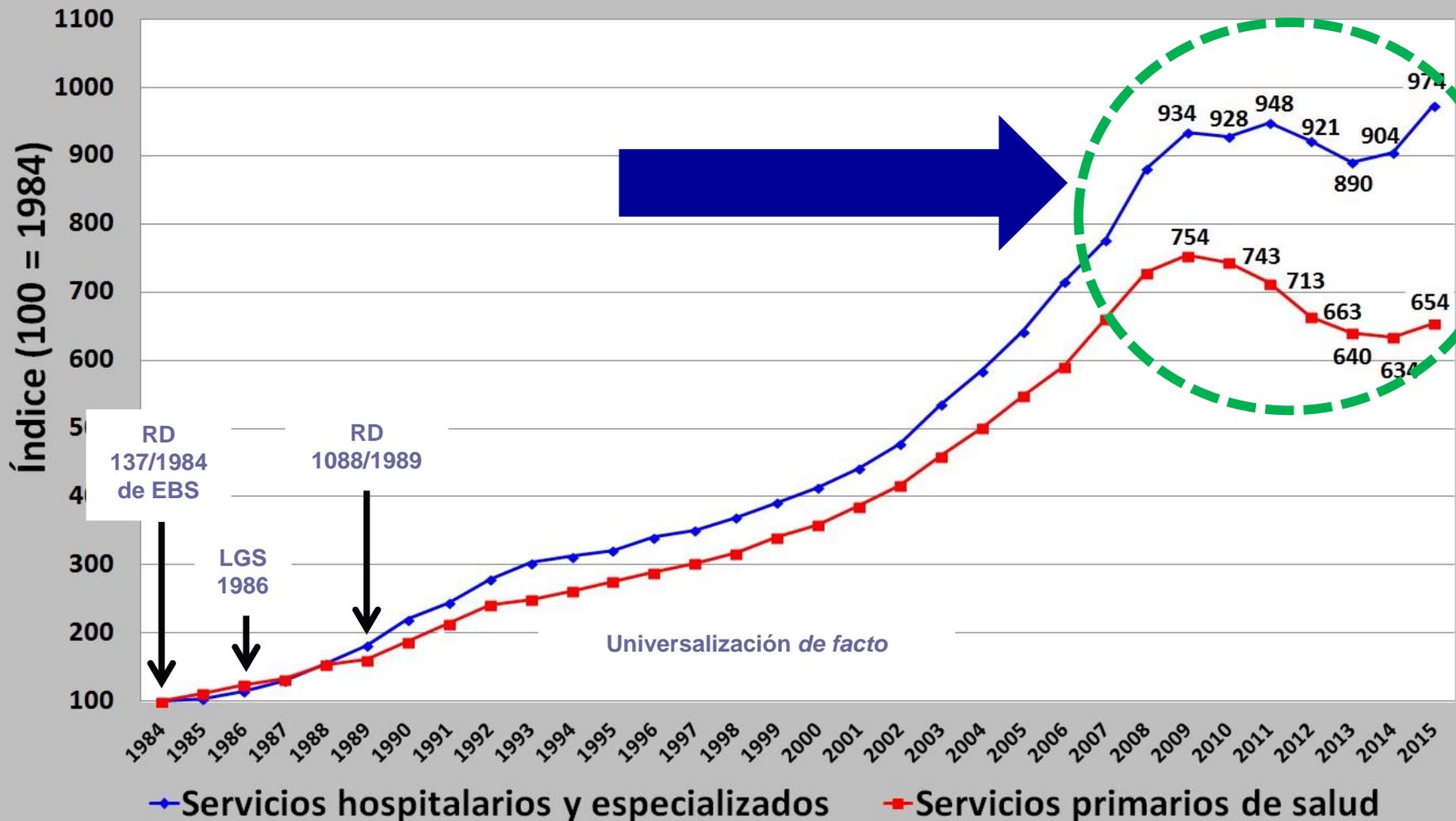


Emmanuelle Piérard*

Una mayor oferta de médicos generales se relaciona con mejores resultados de salud.

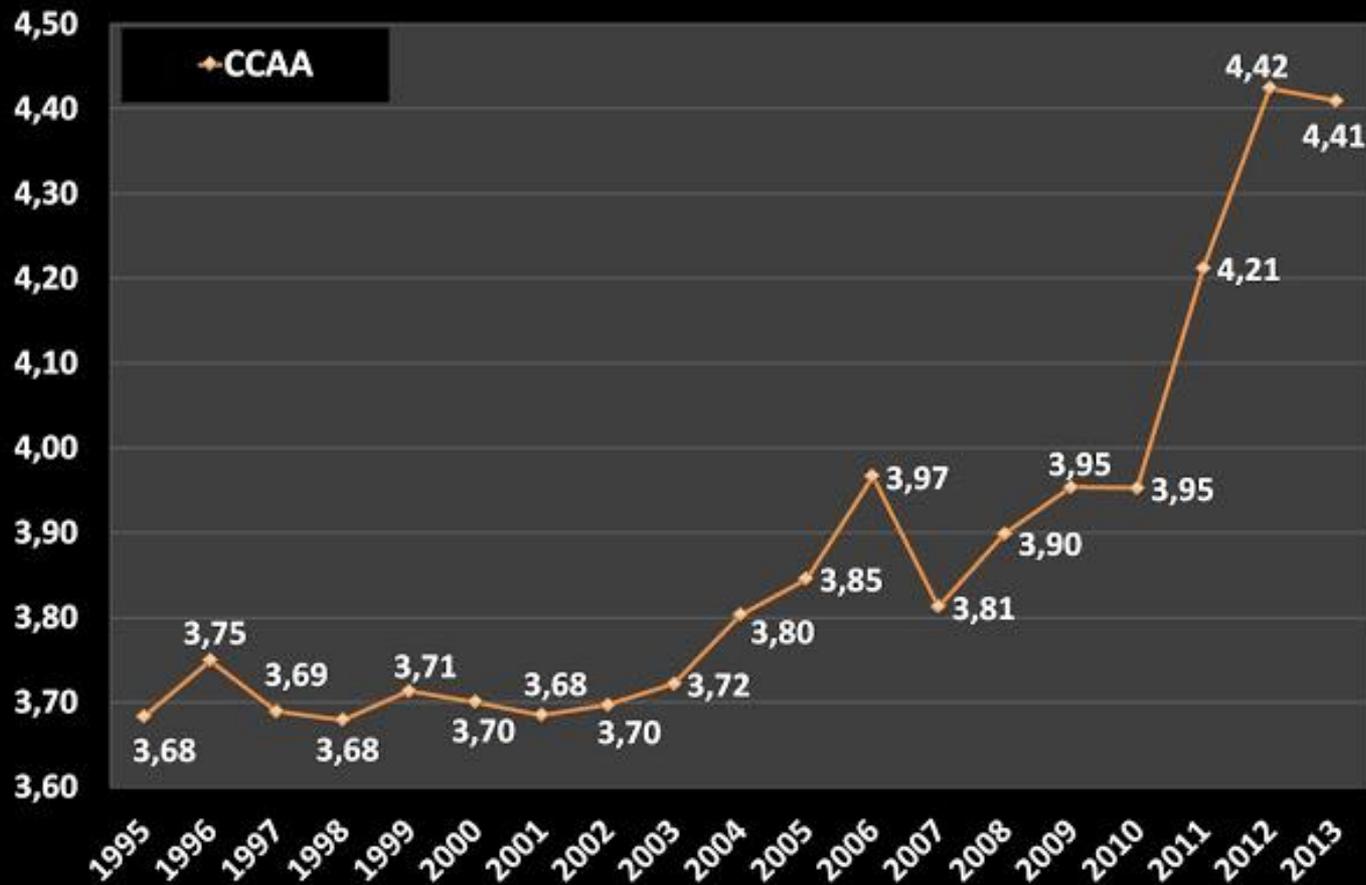
Una mayor oferta de especialistas se relaciona con peores resultados de salud.

Gasto en atención especializada y gasto en atención primaria. Crecimiento nominal acumulado 1984-2015

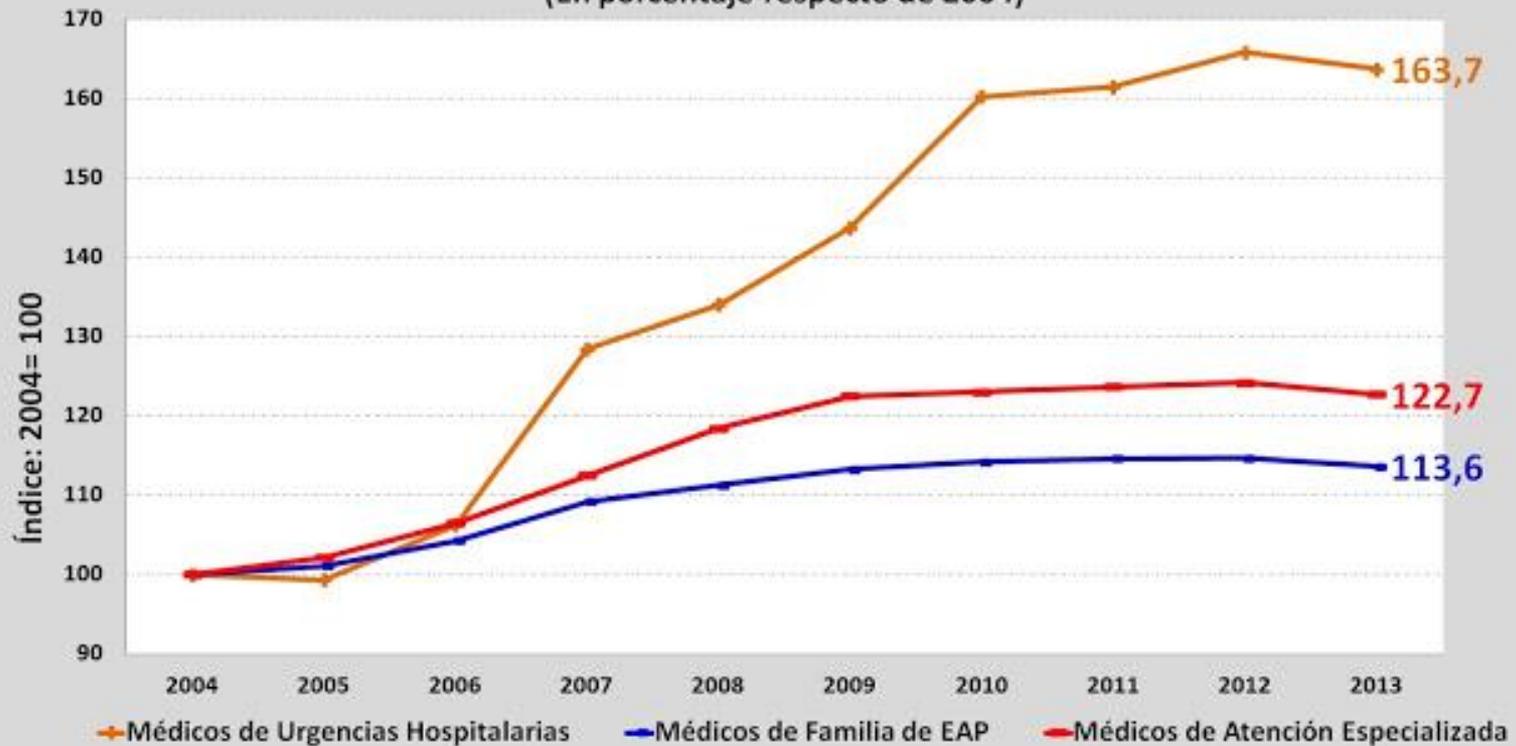


El gasto en AES crece un 34% más que el gasto en APS

Gasto AES / Gasto APS Comunidades Autónomas, 1995 - 2013



Crecimiento acumulado del número de efectivos de Médicos de Familia de EAP, Médicos de Urgencias Hospitalarias y de Médicos de Atención Especializada en el SNS. (En porcentaje respecto de 2004)





Tom Warren

No existe evidencia concluyente a favor de ningún modelo

Technical Review
Number 9

**Closing the Quality Gap:
A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies**

Volume 7—Care Coordination

Prepared for:
Agency for Healthcare Research and Quality
U.S. Department of Health and Human Services
540 Gaither Road
Rockville, MD 20850
wwwahrq.gov

Contract No. 290-02-0017

Prepared by:
Stanford University—UCSF Evidence-based Practice Center, Stanford, CA

Series Editors
Kaveh G. Shojania, M.D., *University of California, San Francisco*
Kathryn M. McDonald, M.M., *Stanford University*
Robert M. Wachter, M.D., *University of California, San Francisco*
Douglas K. Owens, M.D., M.S., *Va Palo Alto Health Care System, Palo Alto, California; Stanford University*

Investigators
Kathryn M. McDonald, M.M.
Vandana Sundaram, M.P.H.
Dena M. Bravata, M.D., M.S.
Robyn Lewis, M.A.
Nancy Liu, Sc.D.
Sally A. Kraft, M.D., M.P.H.
Mounir McKamoon, B.A.
Helen Papamihail, M.S.
Douglas K. Owens, M.D., M.S.

AHRQ Publication No. 04(07)-0051-7
June 2007

**Integrated Health Care for
People with Chronic Conditions**
A Policy Brief

Norwegian Knowledge Centre for the Health Services
AD Oxman, A Bjørndal, SA Flottorp, S Lewin, AK Lindahl
ISBN 978-82-8121-238-1
December 2008

kunnskapssenteret
Norwegian Knowledge Centre for the Health Services

Systematic Review of Available
Evidence on Integrated Health
Services

Andalusian School of Public Health
on behalf of WHO

October, 2013

EASp

Original

Evaluación de la eficiencia técnica de la atención primaria pública en el País Vasco, 2010-2013



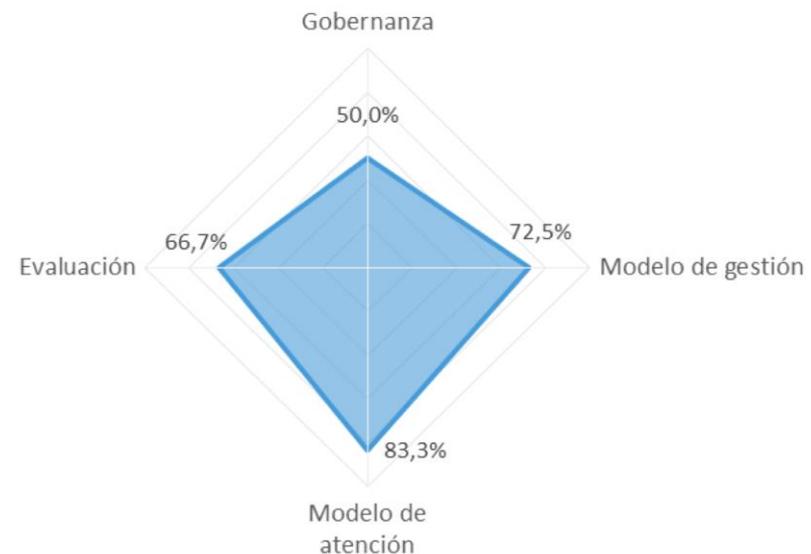
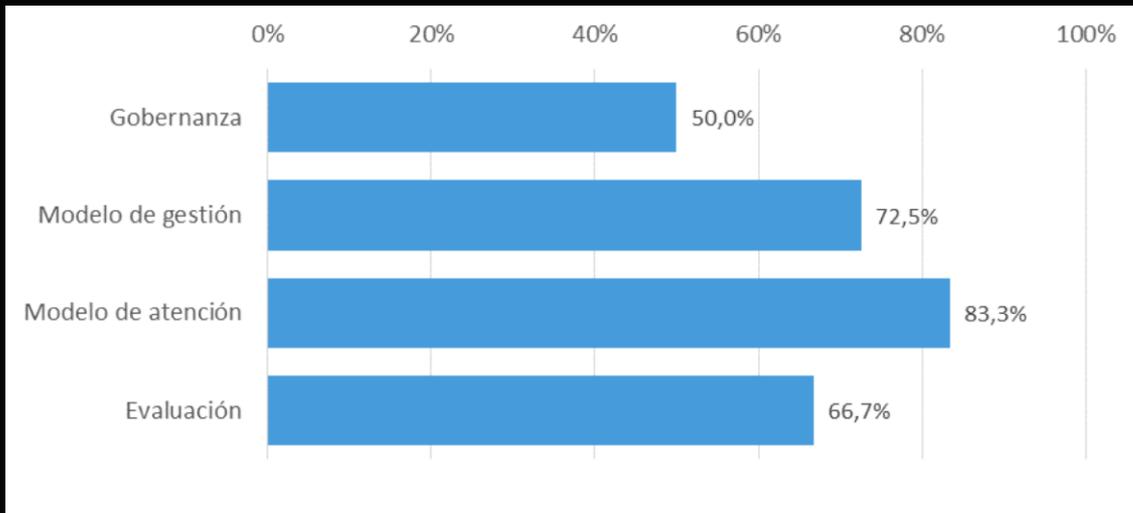
José Manuel Cordero^a, Roberto Nuño-Solinís^{b,+}, Juan F. Orueta^c, Cristina Polo^a,
Mario del Río-Cámara^d y Edurne Alonso-Morán^e

El estudio muestra la mejora de la eficiencia en atención primaria en un contexto de transformación del modelo de prestación sanitaria en el País Vasco, pero no se aprecia un mayor efecto en las unidades integradas verticalmente durante el periodo.

Estudios de Caso sobre Redes integradas de Servicios de Salud. Banco Interamericano de Desarrollo 2015-2017



Valoración global. Área Sanitaria Sur de Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. España



Comparación desempeño 2015 (PCAT Facilities)

	Red (AGS-Sur Sevilla)			Distrito (Distrito AP Granada)		
	Media	DTípica	Desempeño	Media	D T	Desempeño
Accesibilidad	2,35	1,35	Mejorable	3,03	0,68	Bueno
Longitudinalidad	3.05	0,72	Bueno	3,53	0,33	Bueno
Enfoque familiar	2,89	0,79	Mejorable	2,94	0,41	Mejorable
Orientación comunitaria	2,97	1,06	Mejorable	3,18	0,43	Bueno
Competencia cultural	2,35	1,13	Mejorable	2,53	0,33	Mejorable

Experiencias innovadoras de la Red

- “Comandos itinerantes de Cardiología”
- Unidades inter-niveles de Aparato Locomotor
- Tele-dermatología
- Programa de seguimiento de Retinografía
- Atención a pacientes crónicos complejos
- Referentes telefónicos



Actividad en consultas externas

Años	2014	2008	%Variación 2008/2014
Primeras consultas procedentes de Atención Primaria	114.459	123.191	-7,1
Primeras consultas procedentes de Atención Hospitalaria	84.442	93.613	-9,8
Total Primeras consultas	198.801	216.804	-8,3
Consultas sucesivas o revisiones	365.543	286.917	27,4
Total de Consultas	564.444	503.721	12,1

Indicadores actividad quirúrgica

Años	2014	2008	%Variación 2008/2014
Intervenciones Programadas con Hospitalización	4.168	4.817	-13,5
Intervenciones Urgentes con Hospitalización	3.905	2.811	38,9
Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)	6.916	5.486	26,1
Cirugía menor ambulatoria	3.315	5.287	-37,3
Intervenciones Totales	18.304	18.401	-0,5

Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud

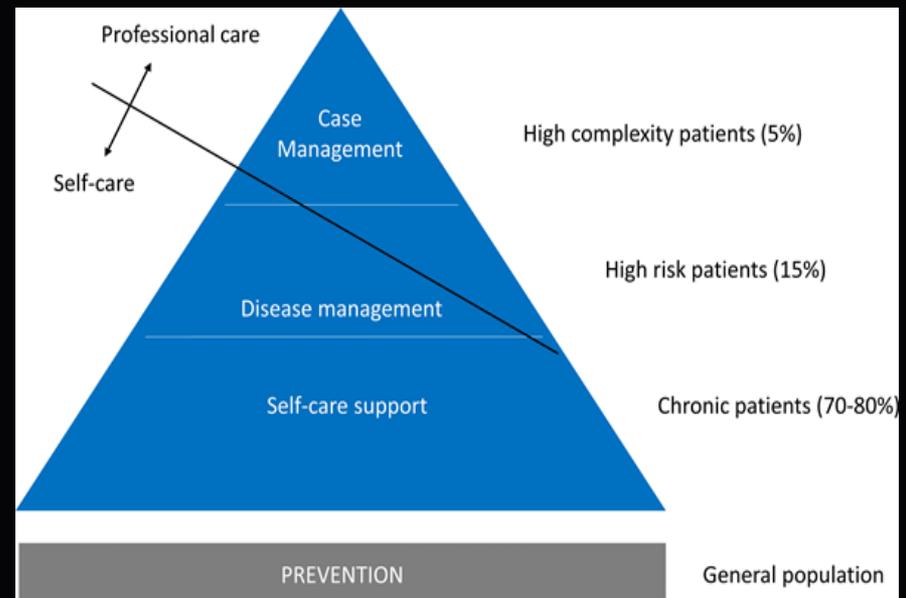
SANIDAD 2012
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

X Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico
V Conferencia Nacional del Paciente Activo
CC, "Convivimos con la Cronicidad"

Zaragoza
1-2 de Marzo 2018
Auditorio Palacio de Congresos de Zaragoza

Organizan:
semFYC
SEMI

The poster features a red and yellow gradient background with various medical icons: a stethoscope, a first aid kit, a molecular structure, a heart with an ECG, and a doctor with a patient. The text is in white and red.



Cost-Effectiveness of a Chronic Care Model for Frail Older Adults in Primary Care: Economic Evaluation Alongside a Stepped-Wedge Cluster-Randomized Trial

Karen M. van Leeuwen, PhD,^{1*} Judith E. Boumans, PhD,² Adrie P. D. Jansen, PhD,³ Emiel O. Hoogendijk, PhD,⁴ Maaike E. Mastbergen, MSc,⁵ Hein P. J. van Hout, PhD,⁶ Giel Nijpels, MD, PhD,⁷ Hesterette E. van der Horst, MD, PhD,⁸ and Maurits W. van Tilburg, PhD⁹

OBJECTIVES: To evaluate the cost-effectiveness of the Geriatric Care Model (GCM), an integrated care model for frail older adults based on the Chronic Care Model, with that of usual care.

DESIGN: Economic evaluation alongside a 24-month stepped-wedge cluster-randomized controlled trial.

SETTING: Primary care (33 practices) in two regions in the Netherlands.

PARTICIPANTS: Community-dwelling older adults who were frail according to their primary care physicians and the Program on Research for Integrating Services for the Maintenance of Autonomy care-finding tool questionnaire (N = 1,347).

INTERVENTION: The GCM consisted of the following components: a regularly scheduled in-home comprehensive geriatric assessment by a practice nurse followed by a customized care plan, management and training of practice nurses by a geriatric expert team, and coordination of care through community network meetings and multidisciplinary team consultations of individuals with complex care needs.

MEASUREMENTS: Outcomes were measured every 4 months and included costs from a societal perspective, health-related quality of life (Medical Outcomes Study 12-item Short-Form Survey [SF-12] physical [PCS] and mental component summary [MCS] scale), functional limitations (Katz activities of daily living and instrumental activities

of daily living), and quality-adjusted life years based on the IQ-VIS.

RESULTS: Multilevel regression models adjusted for time and baseline confounders showed no significant differences in costs (\$356, 95% confidence interval = -\$493-1,134) and outcomes between intervention and usual care plans. Cost-effectiveness acceptability curves showed that, for the SF-12 PCS and MCS, the probability of the intervention being cost-effective was 0.76 if decision-makers are willing to pay \$30,000 per point improvement on the SF-12 scales (range 0-100). For all other outcomes the probability of the intervention being cost-effective was low.

CONCLUSION: Because the GCM was not cost-effective compared to usual care after 24 months of follow-up, widespread implementation in its current form is not recommended. *J Am Geriatr Soc* 63:2494-2504, 2015.

Key words: economic evaluation; frail older adults; primary care; integrated care; stepped-wedge randomized controlled trial

Frail older adults use a wide range of health and social care services, which results in a large economic burden on society.^{1,2} To contain increases in societal costs associated with care for frail older adults and to expand further limits of older adults to age in place,³ government policies in many western countries are aimed at supporting older adults in living independently at home as long as possible.⁴⁻⁷ In addition, to prepare for a further increase in complex and long-term care needs (and associated costs) of frail older adults, integrated care models have increasingly been implemented.⁸⁻¹³ These models are developed in response to the reactive and fragmented nature of care systems and the lack of involvement of older adults in their own care process.^{14,15}

Integrated care models are expected to result in better outcomes and cost savings for society by preventing an

From the ¹Department of General Practice and Elderly Care Medicine, Vrije Universiteit Amsterdam School of Health Care Research, Vrije Universiteit Medical Center, Department of Health Services, Faculty of Health, Behavior, and Society, Institute for Health and Care Research, Vrije Universiteit Amsterdam, the Netherlands; ²Geriatrics, Technische Universiteit Eindhoven, the Netherlands; ³Geriatrics, Technische Universiteit Eindhoven, the Netherlands; ⁴Department of Health Services, Faculty of Health, Behavior, and Society, Institute for Health and Care Research, Vrije Universiteit Medical Center, Amsterdam, the Netherlands; ⁵Department of Health Services, Faculty of Health, Behavior, and Society, Institute for Health and Care Research, Vrije Universiteit Medical Center, Amsterdam, the Netherlands; ⁶Department of Health Services, Faculty of Health, Behavior, and Society, Institute for Health and Care Research, Vrije Universiteit Medical Center, Amsterdam, the Netherlands; ⁷Department of Health Services, Faculty of Health, Behavior, and Society, Institute for Health and Care Research, Vrije Universiteit Medical Center, Amsterdam, the Netherlands; ⁸Department of Health Services, Faculty of Health, Behavior, and Society, Institute for Health and Care Research, Vrije Universiteit Medical Center, Amsterdam, the Netherlands; ⁹Department of Health Services, Faculty of Health, Behavior, and Society, Institute for Health and Care Research, Vrije Universiteit Medical Center, Amsterdam, the Netherlands. Received for consideration, December 1, 2014; accepted, February 1, 2015.

* Author for correspondence.

Am Primaria. 2015;50(11):14-17



Atención Primaria

www.elsevier.es/asp



ARTÍCULO ESPECIAL

Visión crítica y argumentación sobre los programas de atención de la cronicidad en Atención Primaria y Comunitaria



Sergio Minué-Lorenzo* y Carmen Fernández-Agullar

Integrated Health Services based on Primary Health Care WHO Collaborating Centre, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

Recibido el 7 de septiembre de 2017; aceptado el 27 de septiembre de 2017
Disponible en Internet el 22 de noviembre de 2017

PALABRAS CLAVE

Atención Primaria;
Cronicidad;
Modelos de atención;
Enfermedades;
Diagnóstico

Resumen El análisis detallado de los planes de atención a la cronicidad desarrollados por los servicios regionales de salud pone de manifiesto un sorprendente nivel de uniformidad en su diseño y despliegue, a pesar de las diferencias existentes entre dichos servicios. La revisión de la literatura sobre los modelos tabóricos que lo sustentan y los instrumentos que lo desarrollan no aporta evidencias concluyentes que permitan afirmar que los modelos de atención a pacientes crónicos alcanzan mejores resultados que modelos de atención alternativos. A pesar de que todos los planes de atención a la cronicidad incluyen sistemas de evaluación de los mismos, no se han publicado hasta la fecha estudios rigurosos sobre su efecto.

Todo eso, por el contrario, sí existen pruebas sólidas y reiteradas de que modelos con una Atención Primaria fuerte obtienen mejores resultados, cabe preguntarse sobre la necesidad de buscar modelos alternativos, cuando las metas propuestas probablemente podrían alcanzarse de fortalecer realmente la Atención Primaria.
© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Primary care;
Chronic care;
Chronic care Model;
Diseases;
Diagnosis

Critical view and argumentation on chronic care programs in Primary and Community Care

Abstract The detailed analysis of the chronic care plans developed by the Spanish regional health services show a surprising level of uniformity in their design and deployment, despite differences between these services. The reviews about theoretical models that support it and

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: sergominuel@ gmail.com (S. Minué-Lorenzo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.09.001>
0212-6567/© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

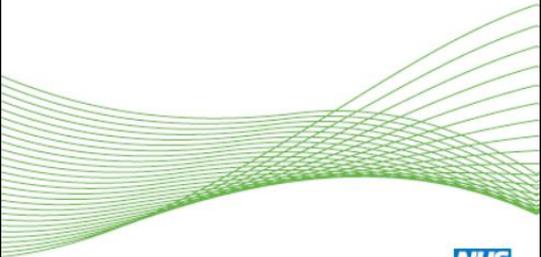
HEALTH SERVICES AND DELIVERY RESEARCH

VOLUME 6 | ISSUE 1 | JANUARY 2018
ISSN 2050-4349



Predictive risk stratification model: a randomised stepped-wedge trial in primary care (PRISMATIC)

Helen Snooks, Kerry Bailey-Jones, Deborah Burge-Jones, Jeremy Dale, Jan Davies, Bridie Evans, Angela Farr, Deborah Fitzsimmons, Jane Harrison, Martin Heaven, Helen Howson, Hayley Hutchings, Gareth John, Mark Kingston, Leo Lewis, Ceri Phillips, Alison Porter, Bernadette Sewell, Daniel Warm, Alan Watkins, Shirley Whitman, Victoria Williams and Ian T Russell



National Institute for Health Research

DOI: 10.3310/hsdr06010



Lineamientos de los Planes de cronicidad (España)

- Empoderamiento del paciente
- Enfoque poblacional
- Promoción y prevención de enfermedades priorizadas.
- Estratificación de riesgos
- Integración asistencial
- Nuevos roles: gestor de casos, enfermería de enlace
- Papel **teórico** de la Atención Primaria como eje del sistema



Modelos de referencia

- Modelos sistémicos
 - Chronic Care Model (CCM)
 - Innovative Care for Chronic Conditions (OMS)
- Modelos poblacionales
 - Pirámide de riesgo de Kaiser Permanente,
 - Modelo de estratificación de riesgo de la Kings Fund británica.

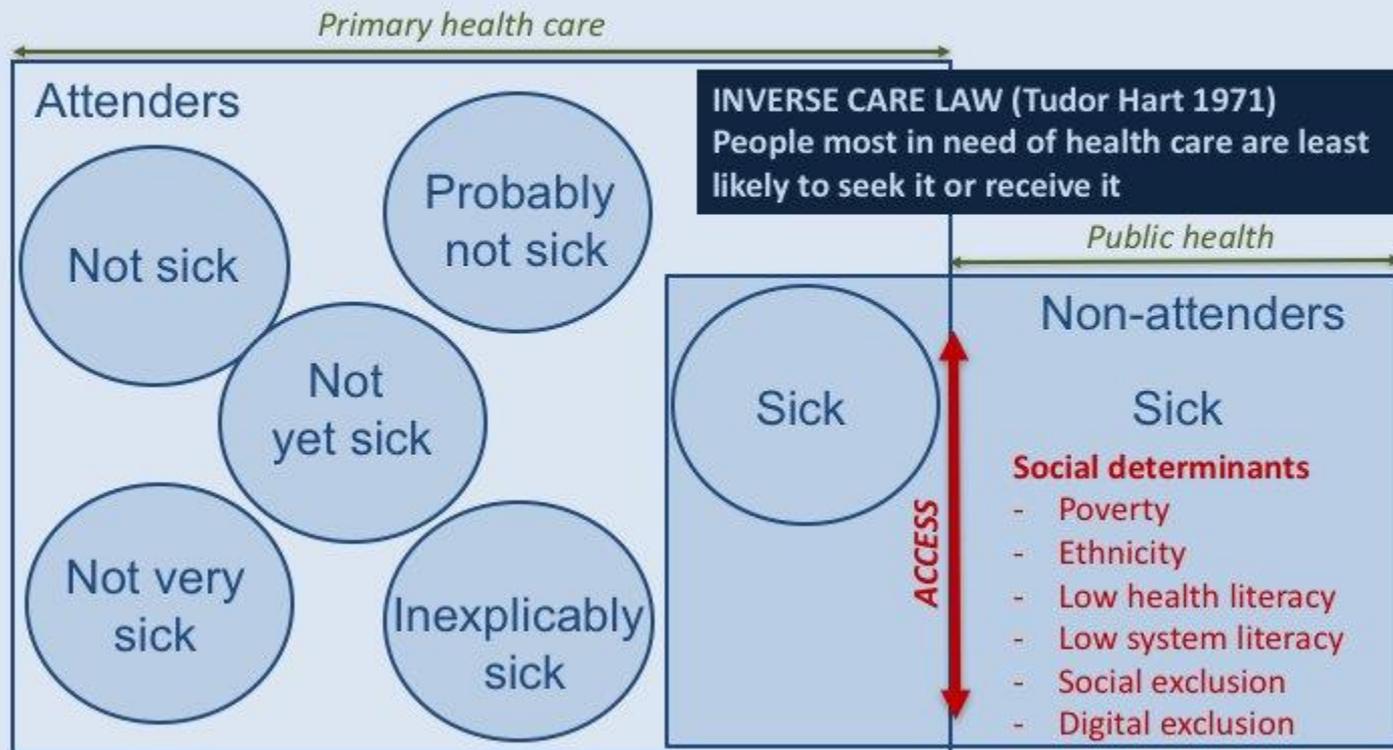


Estrategias de cronicidad 2006-2018

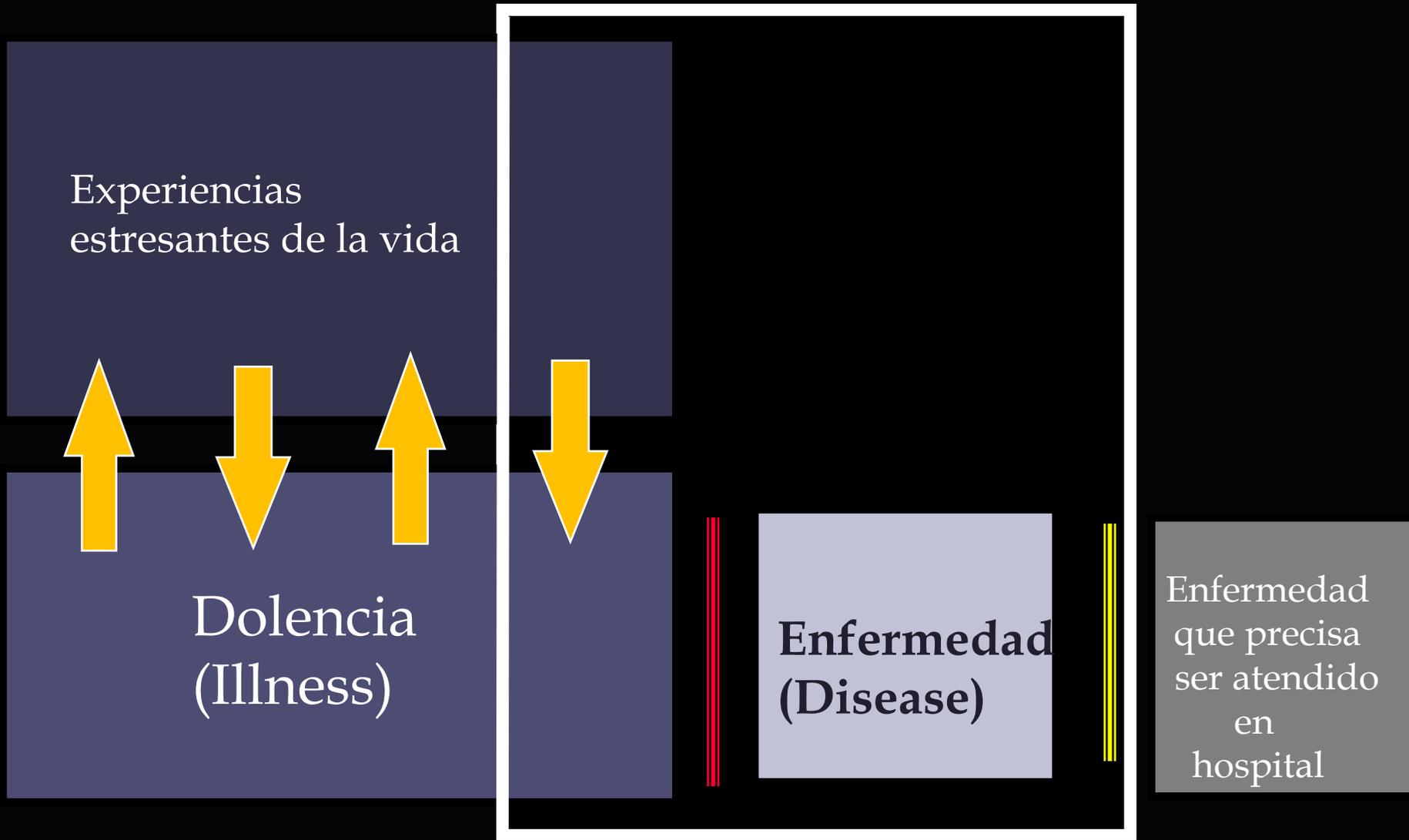
Ninguna evaluación realizada

¿Simple o complejo?

The inherently fuzzy caseload of primary health care



based on Ian McWhinney Family Practice 1983; 1:3-8



A Practical and Evidence-Based Approach to Common Symptoms

A Narrative Review

Kurt Kroenke, MD

1/3

Table 1. Proportion of Somatic Symptoms That Are Medically Unexplained

Study, Year (Reference)	Study Setting	Study Design	Patients, <i>n</i>	Method for Classifying Symptoms as Medically Unexplained	Medically Unexplained Symptoms (95% CI), %
Kroenke and Mangelsdorff, 1989 (6)	Primary care	Chart review	1000	One physician chart auditor using implicit criteria	74 (71–78)
Khan et al, 2003 (7)	Primary care	Chart review	450	Two physician chart auditors using explicit criteria; excellent interrater reliability ($\kappa = 0.75$)	34 (30–38)
Marple et al, 1997 (8)	Primary care	Prospective cohort	338	Clinical judgment of patient's primary care physician	33 (28–38)
Steinbrecher et al, 2011 (9)	Primary care	Survey	620	Clinical judgment of patient's primary care physician	37 (33–41)
Kroenke et al, 1994 (3)	Primary care	Survey	1000	Clinical judgment of patient's primary care physician	20* (18–22)
Reid et al, 2001 (10)	Specialty clinic†	Chart review	361	One physician rater reviewed consultations on frequent attenders to 12 clinic types; excellent rater reliability ($\kappa = 0.76$ –0.88)	27 (22–32)
Kroenke and Price, 1993 (11)	General population	Survey	13 328	Structured interview using the Diagnostic Interview Schedule	35 (34–36)
Escobar et al, 2010 (12)	General population	Survey	4864	Two physician raters independently reviewed structured interview data; both had to agree that symptom was unexplained	31 (30–32)



” Las enfermedades (agudas y crónicas) comparten etiologías comunes

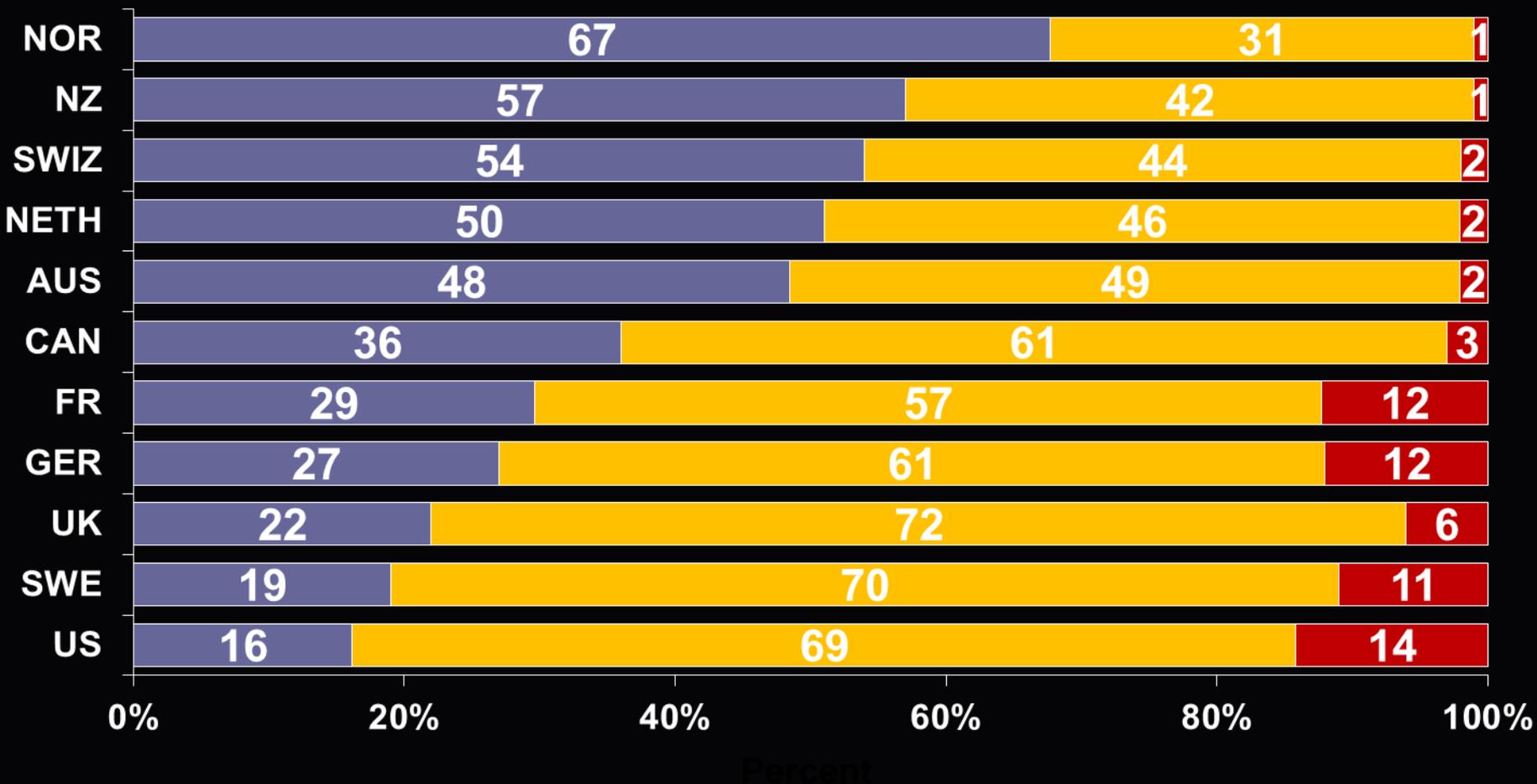
Las enfermedades crónicas tienen exacerbaciones agudas y hacen a las personas vulnerables a estas,

La repetición de enfermedades agudas puede tener la apariencia de un trastorno crónico”.

(Med Care. 2011;49:971---2).

Visión general sobre el Sistema de Salud entre Médicos de Atención Primaria. Commonwealth Fund, Dic. 2015

■ Works well, only minor changes ■ Fundamental changes ■ Completely rebuild



Valoración de los médicos respecto a la capacidad de dar respuesta a pacientes con necesidades complejas

	Multiple Chronic Conditions	Palliative Care	Dementia	Long-Term Home Care Services	Social Services in the Community	Severe Mental Health Problems	Substance Use-Related Issues
AUS	●	◐	◐	◐	◐	◐	○
CAN	◐	◐	◐	◐	◐	○	○
FR	◐	◐	◐	◐	○	○	○
GER	◆ ●	◐	◆ ◐	◐	◆ ◐	◐	○
NETH	◆ ●	◆ ●	◐	◆ ●	○	◆ ◐	○
NZ	●	◐	◐	◐	◐	○	○
NOR	●	◐	◆ ◐	◆ ●	◐	◆ ◐	◆ ◐
SWE	◐	○	◐	◐	◐	○	○
SWIZ	●	◐	◐	◐	◆ ◐	◐	○
UK	●	◆ ●	◐	◐	◐	◐	◐
US	●	◐	◐	◐	◐	○	◆ ○

>75% of doctors reporting "well-prepared"

>25% and ≤ 75% of doctors reporting "well-prepared"

≤ 25% of doctors reporting "well-prepared"

◆ Top 2 countries in each category

Base: Excludes doctors who report that they "never" see these patients.

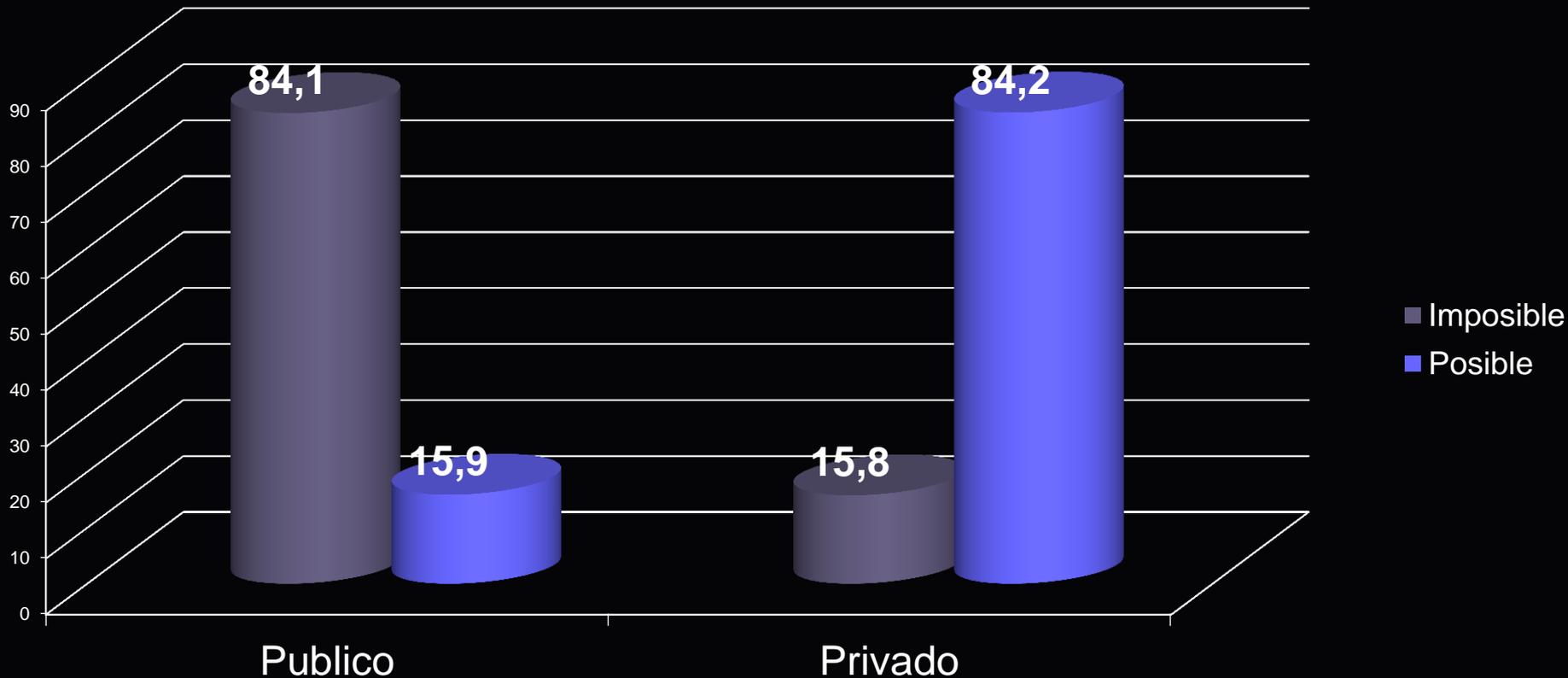
¿ Siguen siendo válidos los atributos de
Barbara Starfield?



Accesibilidad

% de posibilidad de obtener un turno por teléfono en LAC

(Rubén Torres, ISALUD, 2016)



RESEARCH ARTICLE

Open Access



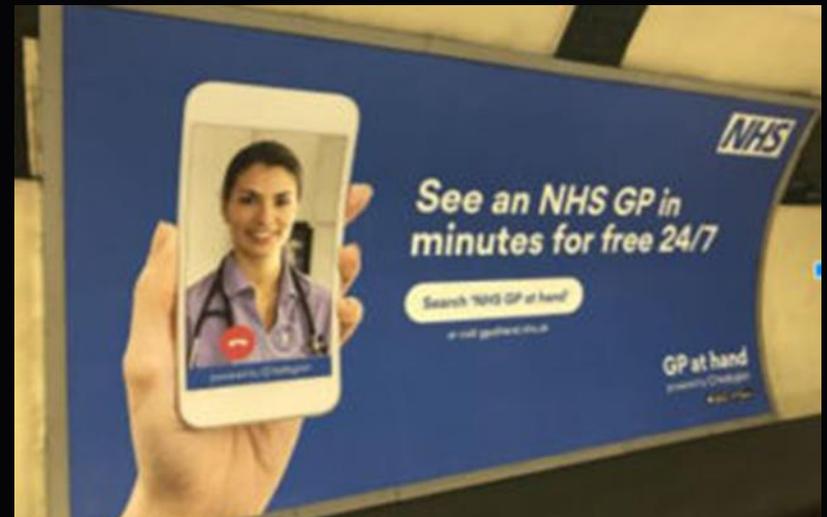
Trends towards stronger primary care in three western European countries; 2006-2012

Tessa van Loenen^{1,2*}, Michael J. van den Berg^{2,3}, Stephanie Heinemann^{4,5}, Richard Baker⁶, Marjan J. Faber¹ and Gert P. Westert¹

Same or next day appointment (% almost all >80 %)

Country	2006	2009	2012	Change 2006-2012 - = decrease + = increase
Germany	69.0	57.3*	56.6*	- ($p < 0.001$)
Netherlands	71.9	62.1*	61.5*	- ($p < 0.001$)
UK	73.4	64.8*	55.3*‡	- ($p < 0.001$)

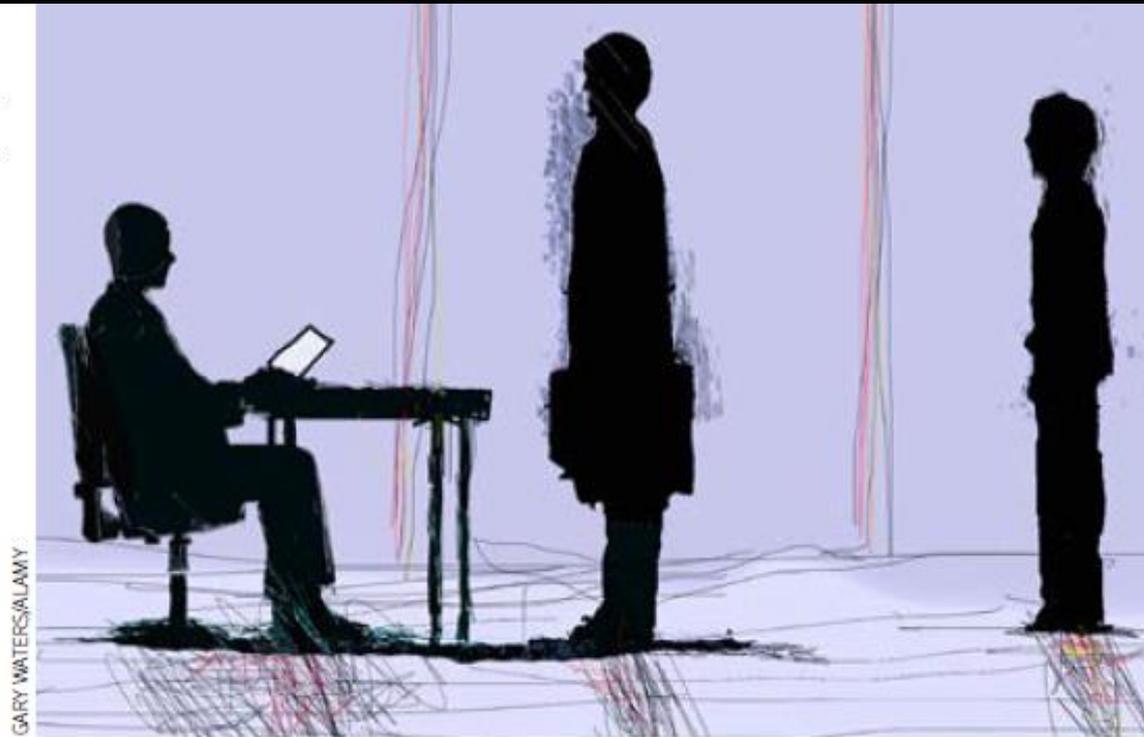
theguardian



ANALYSIS

Rethinking primary care's gatekeeper role

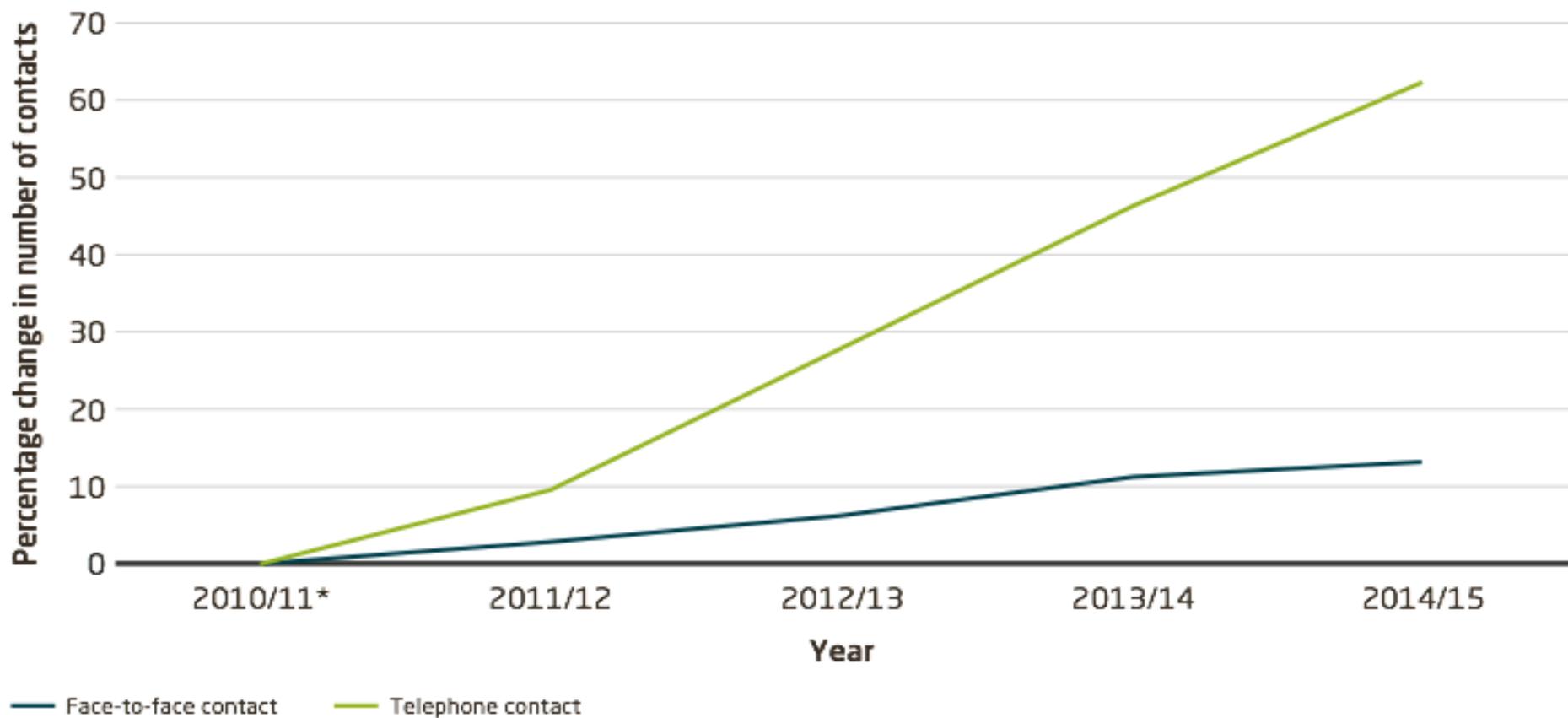
Geva Greenfield and colleagues ask if it is time to reconsider the role of the GP as gatekeeper to specialist services



El papel de “filtro” fue diseñado para controlar costes pero puede retrasar el diagnóstico.

El “filtro” va en contra de las políticas del gobierno en materia de integración y toma de decisiones compartidas

El acceso directo al especialista reduciría la sobrecarga en AP



* Apr/May 2010 contact count estimated based on other years' data

Source: King's Fund analysis of ResearchOne sample data

Physician Dissatisfaction with Time Spent per Patient

- Percent who report they are somewhat/very dissatisfied with time spent per patient
- Average time spent per patient during routine visit (minutes)

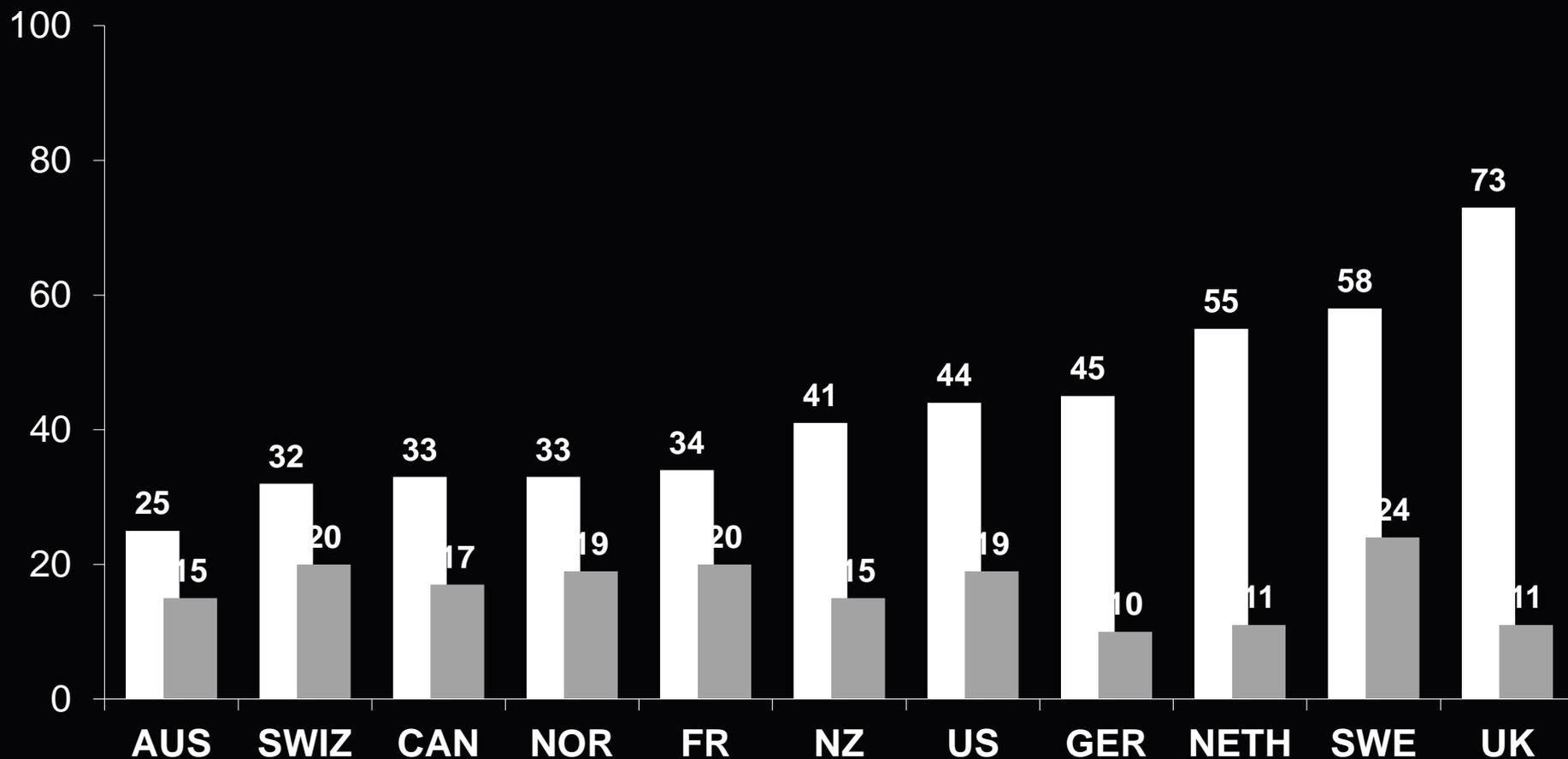
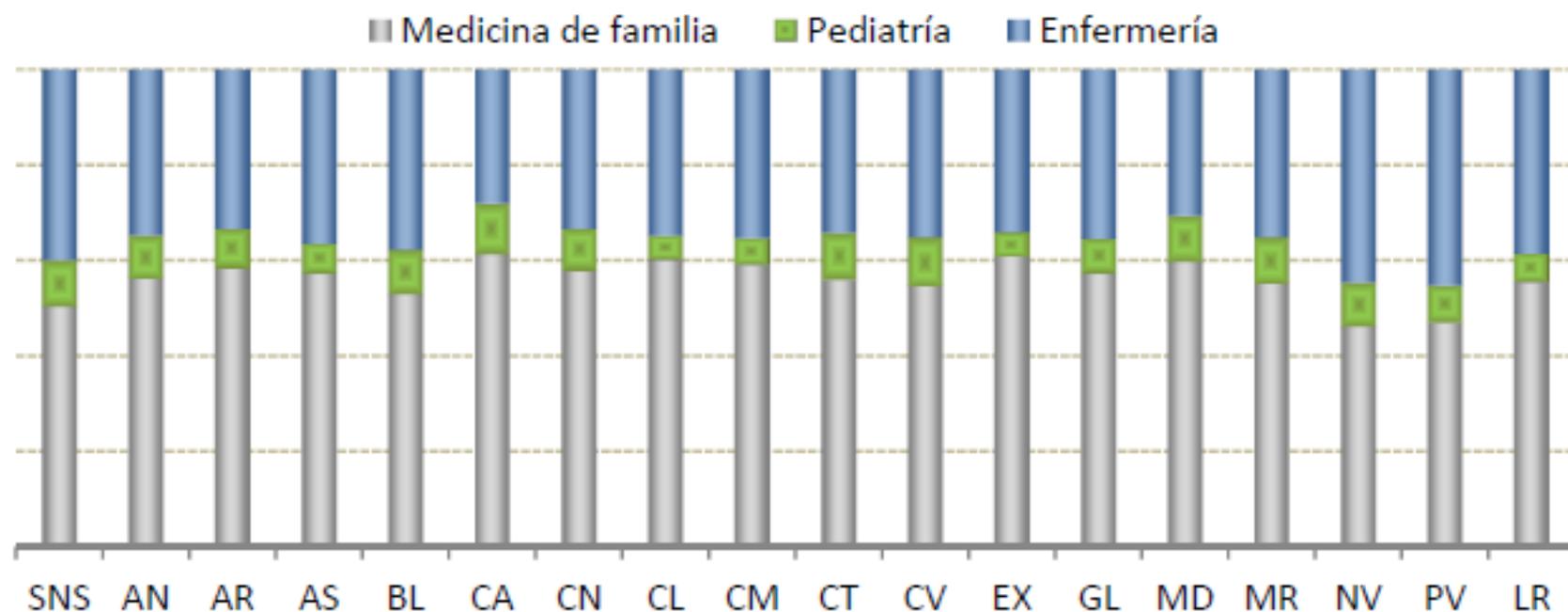


Gráfico 1 - Proporción de consultas atendidas por tipo de profesional





Two-thirds of GP appointments 'don't need a doctor'

The Influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials

John M. Kelley^{1,3*}, Gordon Kraft-Todd¹, Lidia Schapira^{1,4}, Joe Kossowsky^{2,5,6}, Helen Riess¹

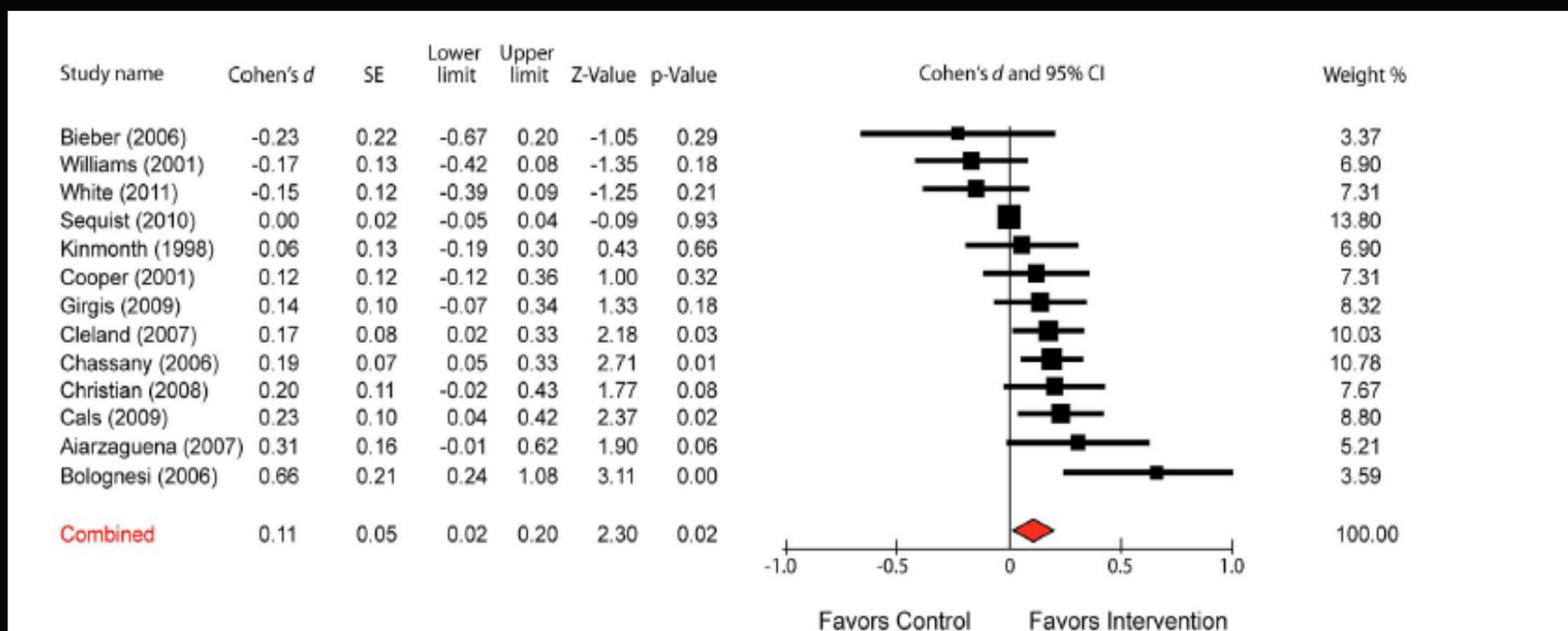
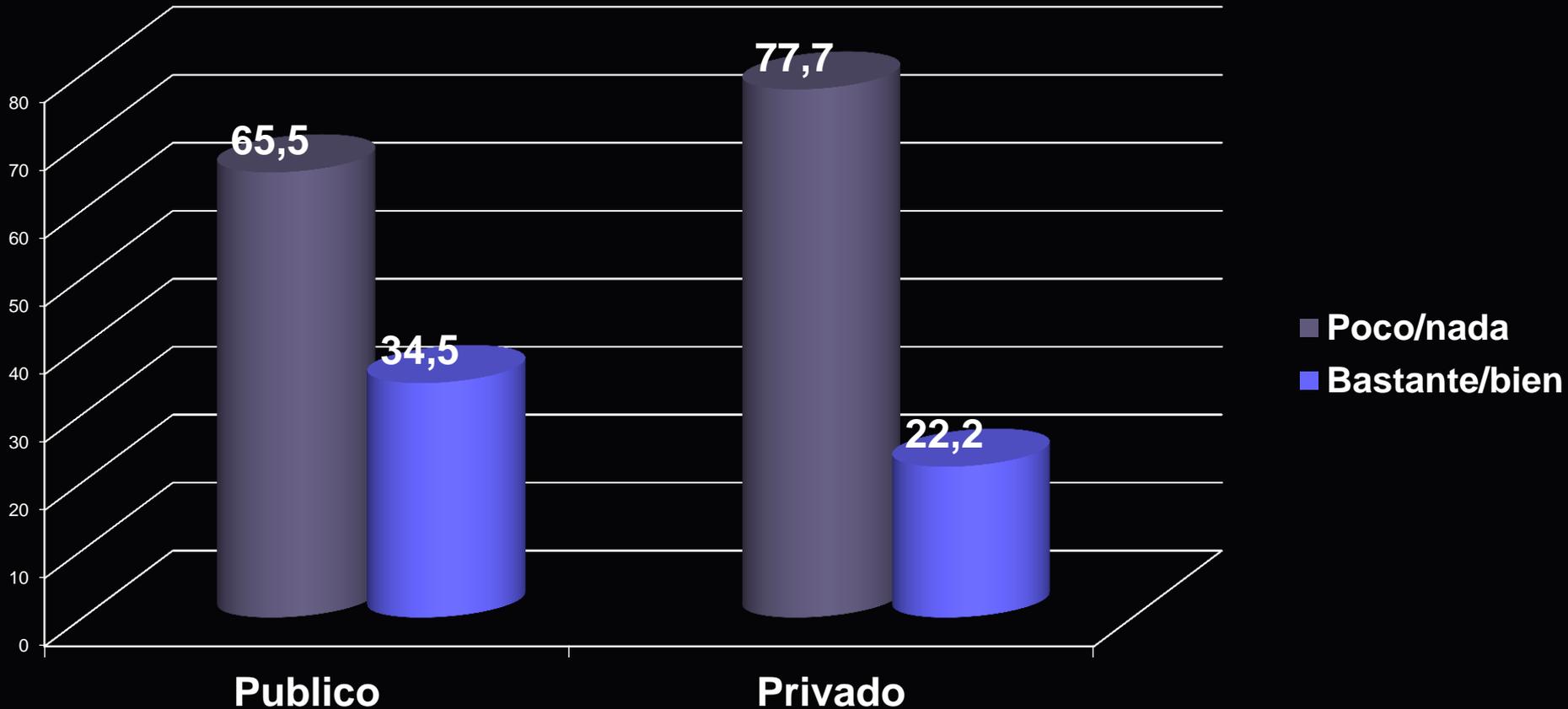


Figure 2. Forest Plot of Cohen's *d* for the Effect of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes.
 doi:10.1371/journal.pone.0094207.g002

Atencion integral

¿Considera que lo conocen en su lugar de atencion habitual?

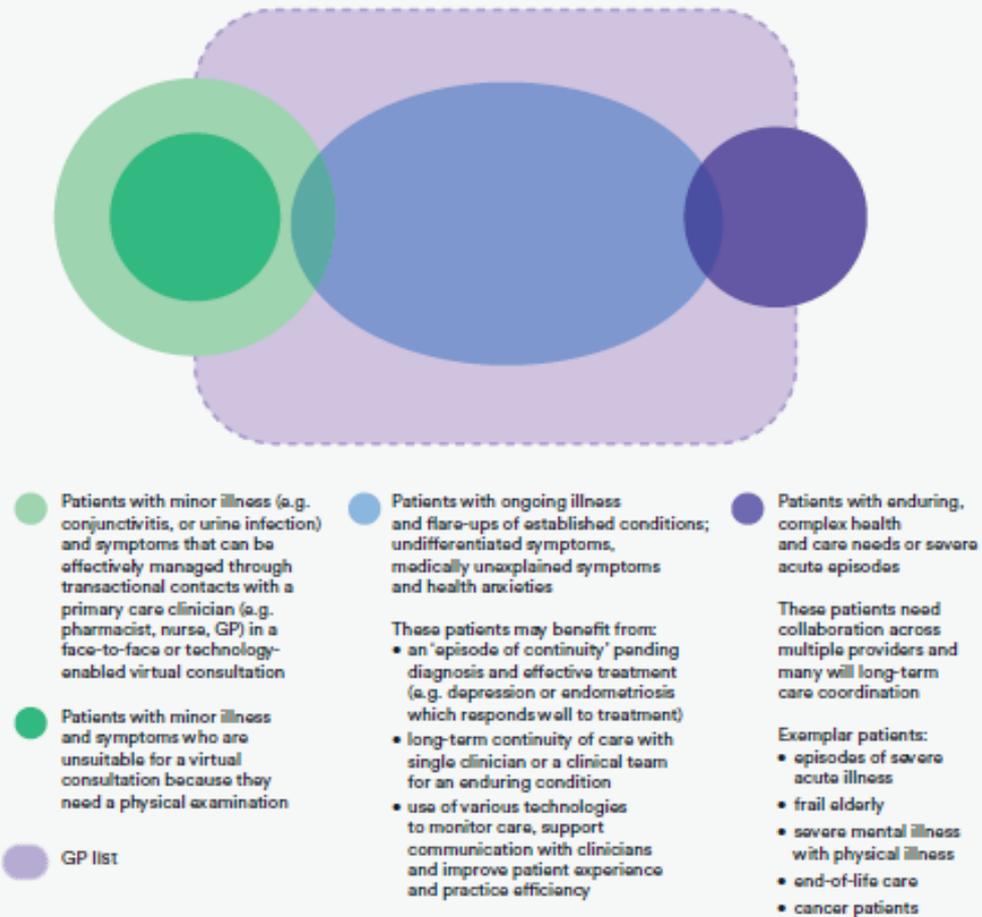
(Rubén Torres, ISALUD, 2016)



Divided we fall

Getting the best out of general practice

Figure 6: An integrated segmentation model of general practice

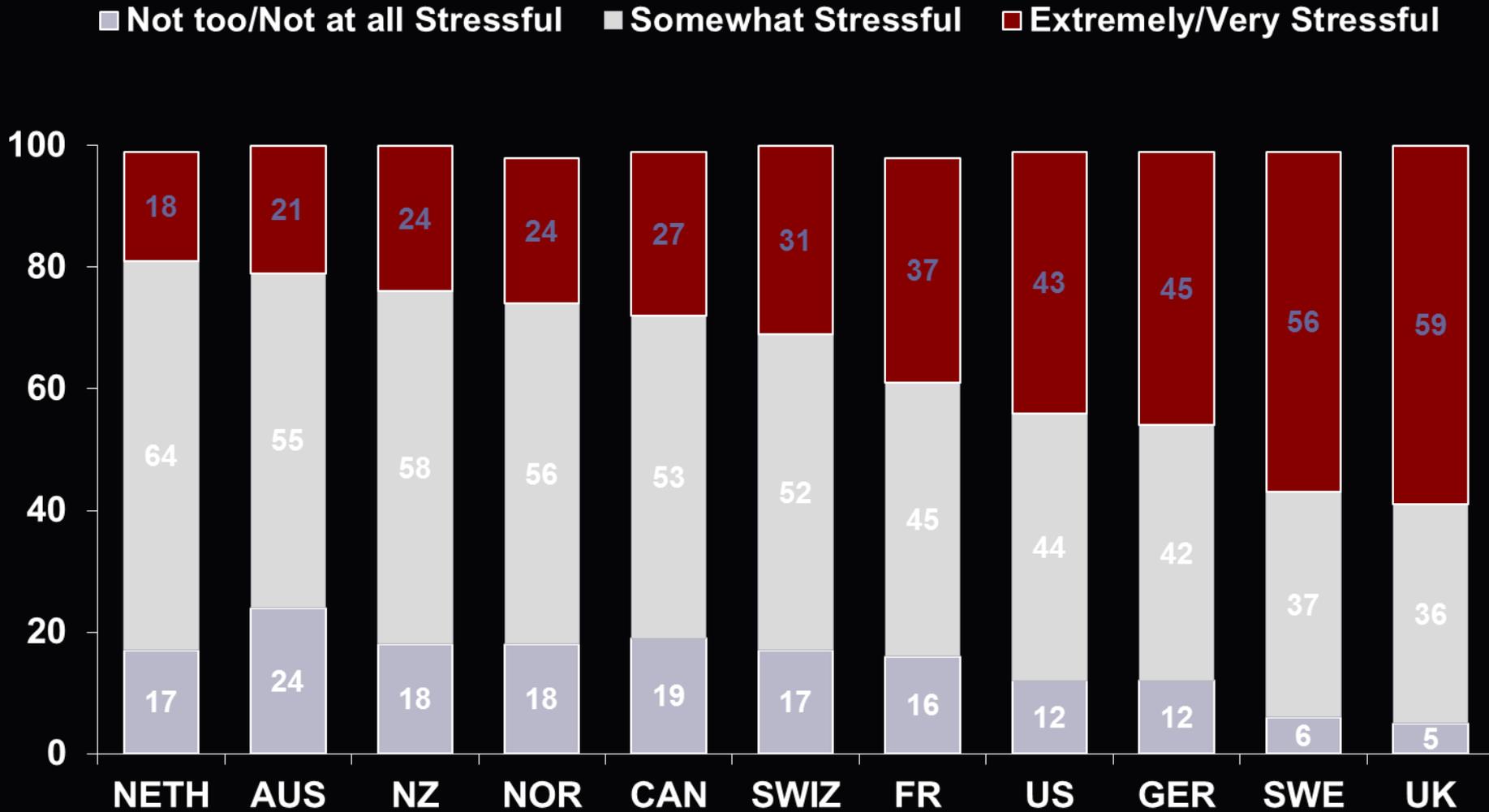




**Underfunded.
Underdoctored.
Overstretched.
The NHS in 2016.**

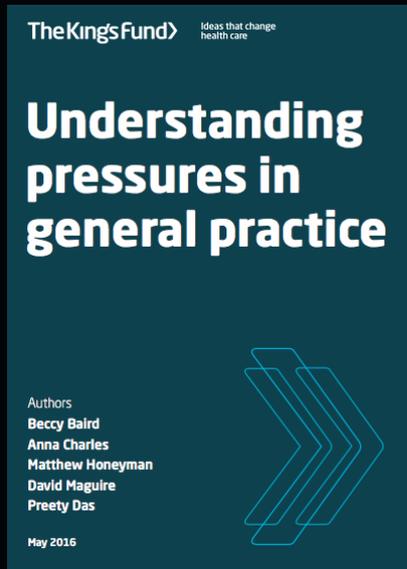
**Mission:
Health**

¿Cómo de estresante es el trabajo del Médico de AP?



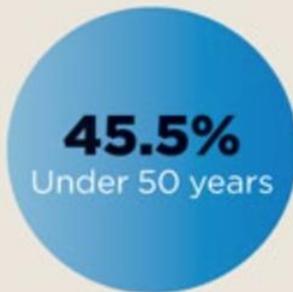
El trabajo diario en AP....

Escasa atracción
Escasa vinculación
Escasa retención

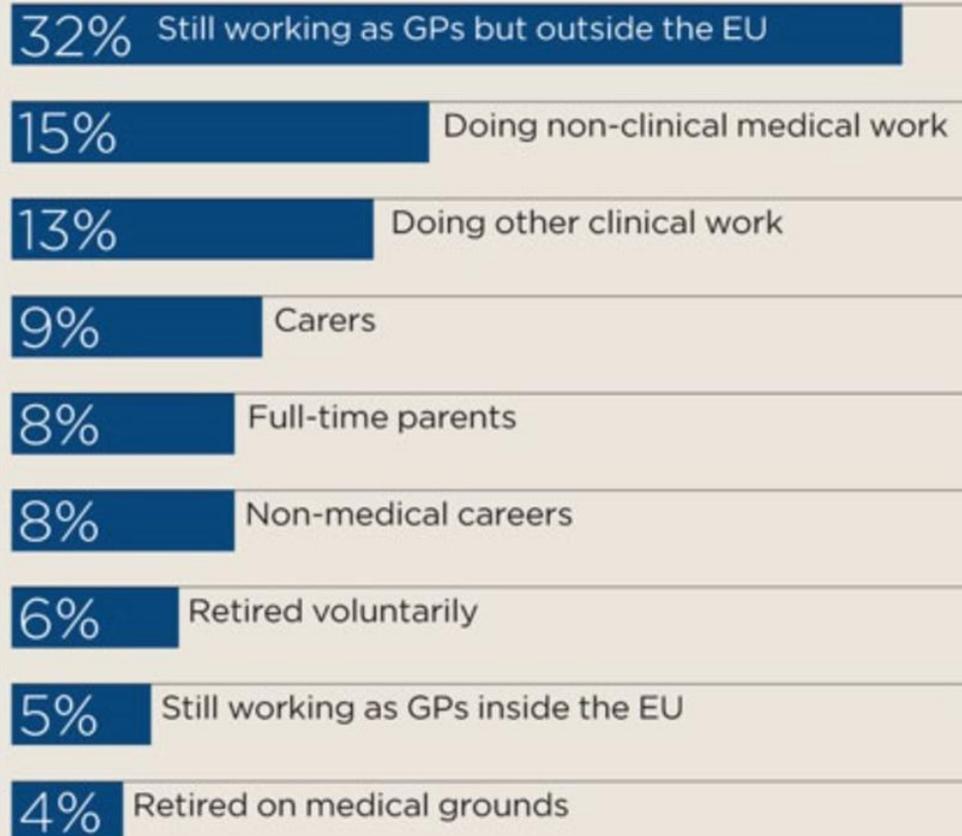


- Razones de un rechazo:
 - Intensidad del trabajo diario (76%)
 - Compromisos familiares (65%).
 - Larga jornada laboral (59%)
 - Trabajo burocrático (49%)
 - Estrés laboral (37%)
 - Interés en otro trabajo (35%)

Many GPs leaving the profession between 2009 and 2014 were aged under 50...



A high proportion of under-50s leaving the profession are now practising abroad...

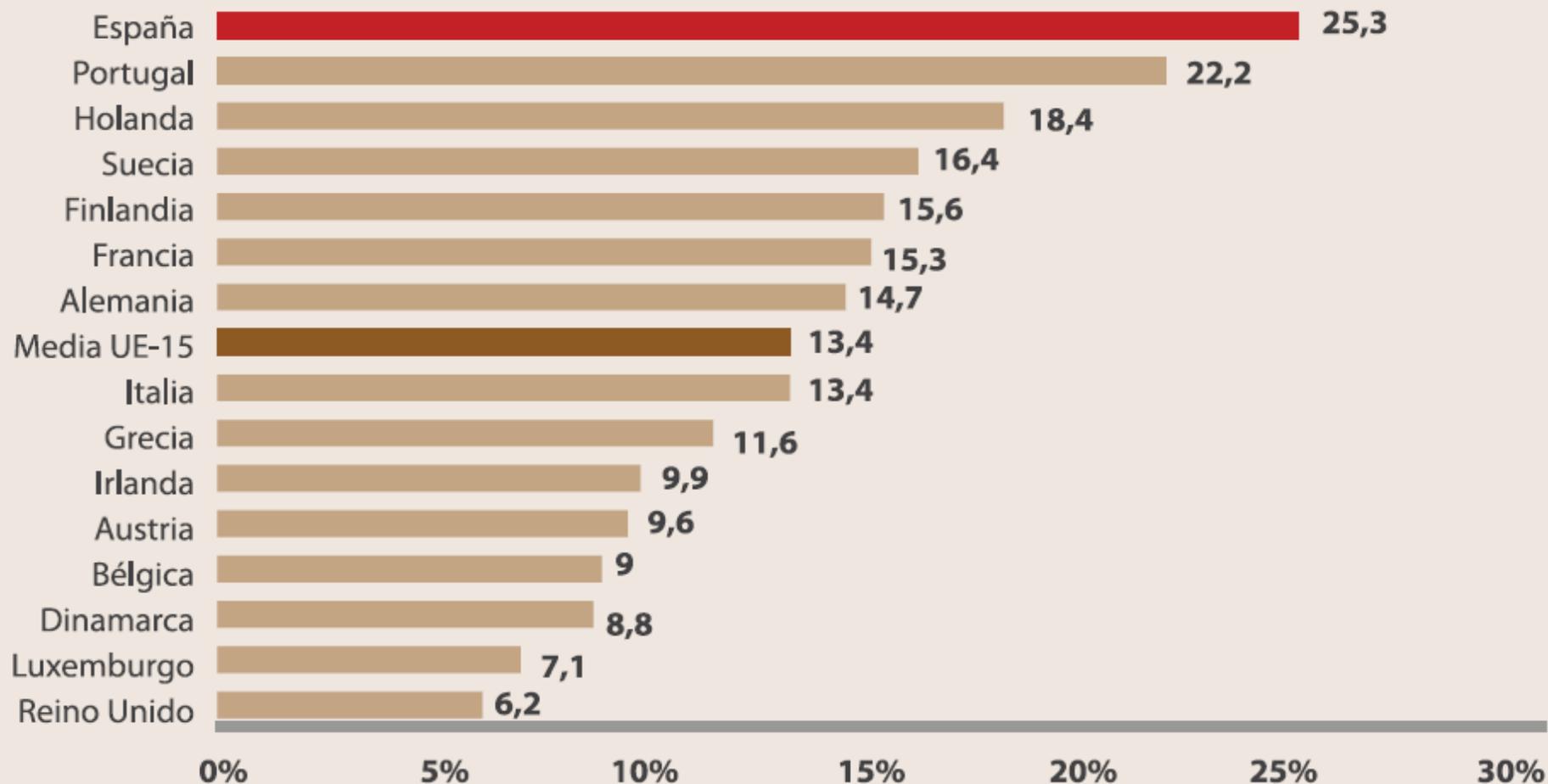


Many cited organisational reasons for leaving the profession early...



FIGURA 3

Porcentaje de personas empleadas con contrato temporal en la UE-15 (2011)



Fuente: Eurostat, 2012a



- Fortalecer la atención primaria es clave para mantener la calidad y sostenibilidad de los sistemas sanitarios
- Atender a pacientes con necesidades complejas precisará de una atención primaria capaz de:
 - Trabajar en equipos multidisciplinares
 - Disponible por correo electrónico, fuera de horario y en el domicilio
- Re-diseñar los sistemas de prestación de servicios requerirá ensayo y evaluación para entender que es lo que funciona mejor.
- Dado que las reformas perturban el funcionamiento los sistemas, gestionar los efectos de las reformas es crítico.
- Es importante para los decisores políticos escuchar a los médicos de “trinchera”

McDonald, AHRQ. 2008

- Las pruebas disponibles no sustentan ningún modelo de coordinación por si mismo.
- “ *Los decisores políticos y gestores deberían ser cautos antes de invertir recursos significativos para implantar intervenciones sin evidencia demostrada de su valor, aunque parezca que “tienen sentido”.* ”
- Se recomienda antes de ello la realización de pilotajes reglados

La NCD Alliance calcula que será necesario un compromiso anual de 9 billones de dólares por y año para financiar intervenciones prioritarias.

Nuestro consejo sería añadir otros 9 billones de dólares para fortalecer los servicios locales de Atención primaria en los mismos países.

Tackling NCDs: a different approach is needed

*Jan De Maeseneer, Richard G Roberts, Marcelo Demarzo,
Iona Heath, Nelson Sewankambo, Michael R Kidd,
Chris van Weel, David Egilman, Charles Boelen, Sara Willems*
Lancet 2011

¿Sirve aún una Atención Primaria de 1982?



Muito obrigado

@sminue