

Una perspectiva internacional: Interpretación de las experiencias de evolución de la Atención Primaria en el mundo.

Sergio Minué

RESUMEN

El buen desenvolvimiento de la APS precisa dar respuesta a dos equilibrios inestables: La articulación entre niveles asistenciales, y la complementación entre servicios personales y poblacionales, en cierta forma entre la AP (como nivel asistencial) y la Salud Pública. Los atributos esenciales de la APS se encuentran en entredicho, derivado del nuevo modelo de sociedad, el incremento de las expectativas de los ciudadanos y el desarrollo de las tecnologías. Accesibilidad, continuidad, integralidad y coordinación siguen siendo aspiraciones más que realidades en muchos sistemas sanitarios. La APS debe responder a todas las necesidades de salud de un ciudadano y la población a la que pertenece. Responder no es resolver, puesto que siempre habrá situaciones y problemas donde la mejor respuesta la prestará el segundo o tercer nivel. Para alcanzar niveles tan altos de resolución se precisa poner al alcance de la APS tecnologías y medios hasta ahora restringidos a los hospitales pero que, con el avance tecnológico, serán más accesibles cada vez al primer nivel. De pocos servirá ese acceso si no existe una adecuada capacitación técnica de los profesionales de APS. Los retos existentes en los servicios sanitarios de cualquier sistema hacen inviable la respuesta a través de un único perfil profesional.

Palavras-chave: Atención Primaria en Salud; Acceso.

ABSTRACT

The good development of the PHC needs to respond to two unstable balances: the articulation between assistance levels, and the complementation between personal and population services, in a certain way between the PA (as assistance level) and the Public Health. The essential attributes of PHC are in question, derived from the new model of society, the increase in citizens' expectations and the development of technologies. Accessibility, continuity, comprehensiveness and coordination remain aspirations rather than realities in many health systems. PHC must respond to all the health needs of a citizen and the population to which he or she belongs. To respond is not to solve, since there will always be situations and problems where the best response will be provided by the second or third level. To achieve such high levels of resolution, it is necessary to make available to PHC technologies and means that were hitherto restricted to hospitals but that, with technological progress, will become increasingly accessible at the first level. Such access will be of little use if there is not adequate technical training of PHC professionals. The existing challenges in health services of any system make the response through a single professional profile unfeasible.

Keywords: Primary Health Care; Access.

Revista da Rede APS 2020

Publicada em: 04/09/2020

DOI:10.14295/aps.v2i3.58

Sergio Minué
(Escuela Andaluza de
Salud Pública, Granada,
Espanha)

Correspondência para:

Sergio Minué
sergiominue21@gmail.com

INTRODUCCIÓN.

La necesidad de fortalecer la APS para alcanzar mejores resultados en salud está sustentada en una amplia base empírica, independientemente del tipo de modelo sanitario, el país o la cultura. Ahora bien, bajo el epígrafe genérico de Atención Primaria se engloba diversos enfoques, que Hannu Vuori sintetizó en los años 80 en cuatro categorías:

- APS selectiva: Conjunto específico de actividades dirigidos hacia los pobres, limitado a un grupo de intervenciones de alto impacto: GOBI (Growth Oral Breast Immunization), FFF (Food Female Familiar).
- Atención Primaria como Primer Nivel de Atención, enfoque mayoritariamente empleado en Europa.
- APS integral, estrategia para organizar el sistema sanitario y la sociedad hacia la promoción de la salud, siguiendo los principios de Alma Ata, el marco conceptual más habitualmente empleado en Latinoamérica y Caribe (LAC) al hablar de APS.
- Enfoque de Salud y derechos Humanos, que pone el énfasis en los aspectos sociales y políticos de la declaración de Alma Ata.

La evidencia que demuestra que un sistema con APS fuerte alcanza mejores resultados en salud va ligada a un adecuado desempeño a los atributos definidos por Barbara Starfield en 1994¹: accesibilidad, longitudinalidad, continuidad o longitudinalidad y coordinación.

La importancia que debe tener la APS en un sistema sanitario, no oculta que el adecuado funcionamiento de éstos precisa también de un buen funcionamiento del entorno hospitalario², y de forma especial su adecuada coordinación con el primer nivel de atención. Por ello las reformas destinadas a adaptarse a una sociedad cambiante deberán abordar el sistema sanitario de forma integral.

Por tanto, el buen desenvolvimiento de la APS precisa dar respuesta a dos equilibrios inestables:

- La articulación entre niveles asistenciales, cada vez más en forma de redes u organizaciones integradas.
- La complementación entre servicios personales y poblacionales, en cierta forma entre la AP (nivel asistencial) y la Salud Pública.

Estos equilibrios son diferentes en cada contexto.

Este capítulo se articula en tres partes: en la primera se revisan los aportes de la APS a los sistemas sanitarios y se describen sus atributos fundamentales; en una segunda se describen los desafíos a los que se enfrenta y que ponen en cierta forma dichos atributos en cuestionamiento; por último se expone una panorámica de innovaciones existentes en el ámbito de la APS para dar respuesta a los nuevos retos.

LA CONTRIBUCIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD A LOS SISTEMAS SANITARIOS

La Declaración de Astana³, elaborada en 2018, vino a reafirmar los principios y valores que configuran la Atención Primaria de Salud (APS) establecidos en la Declaración de Alma Ata 40 años antes. Pero a la vez, reconocía que parte de los ambiciosos objetivos establecidos en ésta, distaban de haberse cumplido en buena parte de los países del mundo.

Si bien en 1978 la estrategia de APS parecía una iniciativa pertinente para alcanzar la meta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de “Salud para todos en el año 2000”, el campo de conocimiento existente y las evidencias empíricas sobre la utilidad de disponer una APS bien desarrollada en un sistema sanitario era entonces escasa. Cuarenta años después, las pruebas científicas existentes sobre la necesidad de disponer de una APS fortalecida para el adecuado desempeño de un sistema de salud

son múltiples, acumuladas principalmente a lo largo de las últimas tres décadas: a los trabajos iniciales del grupo de investigación de Johns Hopkins liderado por Starfield⁴⁵, habría que añadir diferentes revisiones sistemáticas de la literatura⁶, documentos estratégicos de la Organización Panamericana de la Salud⁷ y Organización Mundial de la Salud⁸ o más recientemente evaluaciones en ámbitos regionales (Europa)⁹ que vienen a confirmar la hipótesis de que sistemas basados en APS alcanzan mejores resultados en salud, generalmente a un menor coste. Y esto ocurre tanto en países de bajos o medianos ingresos¹⁰ como en los de ingresos altos: el informe de la Commonwealth Fund de 2015 así lo atestigua¹¹, así como las revisiones realizadas por OCDE¹² e incluso en estudios realizados en países sin una gran orientación hacia la Atención Primaria, como Estados Unidos¹³. En sentido contrario, la mayor inversión en hospitales y especialistas, no sólo no mejora la salud de la población y claramente incrementa el coste, sino que además aumenta la mortalidad¹⁴.

A pesar de los efectos beneficiosos para la salud de la población de la Atención Primaria, esto no se traduce en una mayor inversión en la misma¹⁵, de hecho en Estados Unidos la inversión de la APS solo alcanza el 7% y la relación de médicos especialistas a generalistas es de 3 a 1¹⁶.

Tal vez por ello los grandes organismos internacionales abogan reiteradamente por invertir en APS, independientemente de la situación económica de un país, tal y como recomienda el Informe de Naciones Unidas aprobado en septiembre de 2019¹⁷, y que culmina la hoja de ruta establecida en Astana un año antes. En dicho informe se hace una llamada a la acción a todos los gobiernos para que inviertan un 1% adicional de su Producto Interior Bruto (PIB) en APS, bien sea por financiamiento adicional o por redistribución de sus recursos (es decir detrayendo los fondos destinados al sector hospitalario). Sin embargo la implementación de dichas recomendaciones es mucho más ardua.

LOS DESAFÍOS DE LA INEQUIDAD Y LA BAJA CALIDAD EN LOS SISTEMAS SANITARIOS.

En el informe elaborado por la OMS en el marco de la Asamblea General de Naciones Unidas se considera a la APS el camino adecuado para alcanzar la cobertura universal en salud (CUS): cubrir las tres aristas del conocido “cubo” de la OMS que representa la CUS (garantizar servicios de calidad apropiada para toda la población a un coste que puedan permitirse sin que suponga un gasto catastrófico para ésta), solo es posible mediante la existencia de una APS capaz de dar respuesta a la mayor parte de las necesidades en materia de salud de las personas, puesto que un acceso directo a cualquier especialista ante cualquier necesidad de salud sería insostenible para cualquier economía.

Al margen de que sea discutible que la APS deba ser un medio para la CUS y no un fin en sí mismo para la mejor salud de las poblaciones¹⁸, para poder alcanzar este objetivo la APS precisa cumplir tres requerimientos esenciales: la existencia de un acceso real a la misma, una alta capacidad de resolución y una adecuada calidad de la prestación.

La inexistencia de un acceso universal a cuidados de salud apropiados supone una de las manifestaciones más evidentes de desigualdad, con efectos muy desfavorables sobre la salud. Bilal et al¹⁹ publicaron a final de 2019 un análisis ecológico cuyo objetivo era medir las inequidades en esperanza de vida en 6 grandes ciudades latinoamericanas (Buenos Aires, en Argentina, Belo Horizonte en Brasil, Santiago de Chile, San José de Costa Rica, Mexico DF y Panama City: la diferencia podría alcanzar 4 años en hombres y 8 en mujeres entre los más ricos y más pobres en Belo Horizonte, pero superaba la cifra de 14 años de diferencia en hombres y 15 en mujeres en Panamá.

La desigualdad aumenta la mortalidad por sí misma: los ya clásicos trabajos de Wilkinson y Pickett en 2009²⁰, demostraban que las poblaciones de sociedades con mayores desigualdades de ingresos tienen peor salud, medida en esperanza de vida, mortalidad infantil y morbilidad por múltiples causas (obesidad, consumo de sustancias ilegales,

problemas de salud mental). Nuevas pruebas vienen a confirmar que la mortalidad y la morbilidad por múltiples causas es sustancialmente mayor en sociedades menos equitativas²¹.

La APS al centrarse en la atención a las poblaciones y a las personas que las constituyen, y no en enfermedades concretas (por prevalentes que sean), supone un poderoso mecanismo de prestación de atención permitiendo el acceso universal a servicios de salud, sin diferenciar por proceso, nivel económico o educación. Un ejemplo paradigmático de reforma sanitaria en esta dirección viene representada por la creación del Servicio Unico de Saude en Brasil: el cambio sustancial en apenas 30 años en materia de resultados en salud y reducción de inequidades es en buena parte fruto de la implementación de la estrategia de Saude Familiar²². La experiencia brasileña aporta interesantes enseñanzas al resto del mundo: la más importante, que una AP basada en la comunidad puede funcionar si se implanta adecuadamente, es decir si existe un planteamiento estratégico a largo plazo, inversión adecuada, compromiso político y pilotaje de innovaciones; pero precisa una gran adaptación local, y mantenimiento de la inversión, sobre todo si se pretende mejorar su coordinación con el resto del sistema²³

Sin embargo, no es suficiente la existencia de dispositivos asistenciales englobados bajo el término genérico de APS para que estos objetivos de salud universal se cumplan. La Commission on High Quality Health Systems in the SDG Era²⁴, evaluó la calidad de la atención sanitaria prestada a las personas en países de bajos y medianos ingresos en una serie de servicios incluidos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En sus conclusiones se señala que la atención que reciben las personas es a menudo inadecuada y de baja calidad en la mayor parte de los países y de las condiciones analizadas, afectando de forma especial a los más desfavorecidos. Sistemas sanitarios de alta calidad podrían salvar más de 8 millones de vidas cada año en países de bajos y medianos ingresos, muertes que podían ser evitadas con la intervención adecuada de los sistemas

sanitarios. Para sus autores, la baja calidad de la atención es uno de los principales determinantes de mortalidad en países de medianos y bajos ingresos. Y de ello podría deducirse que la prioridad no sería tanto aumentar cobertura sino sobre todo aumentar la calidad de lo que se presta.

Sólo una APS de calidad, por lo tanto, puede contribuir a la mejora de salud de la población.

LA APROXIMACIÓN AL DESEMPEÑO DE LA APS.

En su clásico trabajo en Lancet de 1994, Starfield definió los cuatro atributos fundamentales que debe cumplir la Atención Primaria para que un sistema sanitario alcance mejores resultados en salud: accesibilidad, integralidad, longitudinalidad y coordinación; como atributos secundarios incluyó también la orientación familiar, la atención a la comunidad y la adaptación a la cultura de cada contexto en su modelo de evaluación del desempeño de la APS (Primary Care Assessment Tool). Dichos resultados fueron confirmados en posteriores trabajos²⁵ ²⁶. Modelos más recientes para evaluar el desempeño de la APS incluyen también estos cuatro atributos nucleares aunque complementados con otros aspectos: así, el MONITOR (Primary Care Monitoring System) diseñado en Holanda por el NIVEL (Netherlands Institute for Health Services Research), es resultado de una revisión sistemática de la literatura que determinó la generación de un instrumento que evalúa la estructura, proceso y resultado de la Atención Primaria²⁷ empleando los siguientes criterios:

- Estructura: La gobernanza, financiamiento y la fuerza de trabajo.
- Proceso: Accesibilidad, integralidad, continuidad y coordinación de los cuidados.
- Resultado: calidad, eficiencia y equidad en la prestación de los servicios de salud.

Se emplee un instrumento u otro, existe amplio consenso en considerar que una buena APS

debe ser accesible, dar respuesta a todas las demandas en materia de salud de una persona (aunque no siempre resuelva y derive en ocasiones a otro nivel asistencial), coordine la atención que ésta reciba (aunque no la preste directamente) y acompañe en su devenir a la persona durante tiempos prolongados de su trayectoria vital, a ser posible desde la cuna a la tumba (*from cradle to grave* según la expresión inglesa).

NUEVOS (Y VIEJOS) DESAFÍOS DE LA APS.

Buena parte de los desafíos que existían en 1978 cuando se elaboró la declaración de Alma Ata siguen estando plenamente vigentes, en especial los relativos a la desigualdad entre ricos y pobres (que aumentaron exponencialmente), tanto debido a que la acción sobre los determinantes sociales de su salud sigue siendo claramente insuficiente, como por el hecho de que es el lugar y la clase social lo que determina a menudo la supervivencia ante determinadas enfermedades (como el cáncer), como puso de manifiesto el estudio CONCORDE²⁸.

Pero junto a ellos *la sociedad líquida* de la que hablaba Bauman²⁹ determina nuevas formas de inter-relación que afectan a todas las dimensiones de la vida, algunas de cuyos desafíos se sintetizan en la Tabla 1 y de los cuales destacarían tres especialmente:

1. Como transformar el rol determinante que la evidencia y las declaraciones estratégicas otorgan a la APS, en recursos, prestigio e importancia dentro de los sistemas sanitarios.
2. Cómo actualizar sus atributos, adecuándolos a los nuevos desafíos existentes, en especial a un nuevo rol del paciente o ciudadano, mucho más exigente y activo.
3. Cómo convertirse en un lugar de trabajo suficientemente atractivo como para retener a los profesionales que actualmente desempeñan su trabajo en él, y sobre todo atraer a las nuevas generaciones de profesionales que se incorporan a los sistemas sanitarios.

Tabla 1 - Desafíos de la APS en el siglo XXI

Desafíos
- Cambios demográficos, con la existencia de poblaciones culturalmente muy heterogéneas en su visión de la salud y en sus expectativas respecto a los servicios de salud.
- Cambios epidemiológicos: aparición de enfermedades emergentes de alcance mundial (como puso de manifiesto la infección por Ebola o coronavirus) ³⁰ junto al aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas; sin embargo las enfermedades más prevalentes en el siglo XXI serán la multimorbilidad y la yatrogenia ³¹ .
- La sacralización social de la ciencia, derivada de la continua promesa de incorporación de los últimos avances en investigación biomédica a las prestaciones del sistema sanitario. En este sentido, aumenta la preocupación sobre la creciente medicalización de la sociedad, en la que cualquier problema vital parece tener un remedio médico ³²
- El acceso ilimitado de cualquier persona a información biomédica a través de las nuevas tecnologías, lo que no sólo puede modificar los procedimientos de diagnóstico por los profesionales ³³ , sino también la relación entre pacientes y médicos, creando un nuevo rol en los profesionales de APS: el asesor informativo en materia de salud.
- La comercialización de datos clínicos individuales y su explotación masiva (Big Data)

- La utilización de las nuevas tecnologías para el proceso de atención sanitaria (telefonía móvil, Internet, telemedicina, videoconferencia), con las oportunidades que representan, pero también con las amenazas respecto a la seguridad, confidencialidad y repercusión legal.
- La aparición de la genómica, y sus posibles aplicaciones de medicina individualizada, como condicionante en la toma de decisiones no sólo de los especialistas, sino también de los médicos de cabecera (medicina personalizada o de precisión).
- El nuevo y variable papel del paciente, que alterna papeles activos y pasivos en función de la situación y de sus propias características personales y culturales.
- La priorización en la agenda política de la satisfacción del ciudadano sobre otras dimensiones (salud, equidad, eficiencia), con el riesgo de transformar la salud en un bien de consumo más.
- El mantenimiento de la permanente e inevitable limitación de la financiación destinada a sanidad, frente al crecimiento ilimitado de los costes.
- La escasa atracción de la APS como lugar donde construir un proyecto de trabajo, y la falta de prestigio social que conlleva ejercer en ella el desempeño profesional

LAS AMENAZAS A LOS ATRIBUTOS ESENCIALES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Actualmente, incluso en los sistemas con una APS más fuerte, el desempeño de sus atributos esenciales empieza a resentirse: en primer lugar por la escasa prioridad en términos políticos y sobre todo financieros que dan los estados a la APS, optando por invertir principalmente en tecnologías y servicios hospitalarios; y en segundo término por la generación de nuevos desafíos que la sociedad actual demanda y para la cual la APS no ha sido aún capaz de adaptarse.

LAS DIFICULTADES DEL ACCESO.

Starfield³⁴ diferenciaba dos elementos en la evaluación de la accesibilidad de la APS: el componente estructural (según la triada clásica de Donabedian³⁵ de estructura- proceso-resultado) vendría dado por la facilidad del acceso, y el aspecto conductual vendría dado por la utilización real de los servicios; mientras el primer componente habla de la existencia de centros, abiertos a la atención al público, el segundo se refiere a que la población acuda realmente a esos lugares en busca de atención: poca accesibilidad existe si se dispone de

centros lujosos con todo tipo de comodidades que nadie utiliza.

Hablar de accesibilidad obliga a analizar las diferentes dimensiones que la conforman (tabla 2), sintetizadas de los trabajos de Starfield (1998).

Como se desprende de la lectura de la tabla, una accesibilidad adecuada es resultado del cumplimiento de un conjunto de requisitos, cuya cumplimentación completa es difícil de conseguir. De todos ellos son especialmente determinantes los siguientes:-

- La accesibilidad geográfica.
- La comprensión de la demanda de la persona (idiomática y cultural).
- Las esperas en el proceso de solicitud, atención y resolución.
- Las exigencias crecientes de atención 24/7.

Tabla 2 - Componentes de la accesibilidad

	Dimensión	Característica
Estructura	Facilidad de Acceso	Ubicación geográfica
		Distancia
		Medios de transporte
		Seguridad personal
	Disponibilidad	Posibilidad de ser atendido en el dispositivo, ante una urgencia o en el domicilio
		Adecuación del servicio de urgencias
	Servicio	Facilidad de obtención de cita
		Tiempos de espera (citación, atención, realización de pruebas y resultado de las misma)
		Tiempo de atención adecuado
	Aceptabilidad de las condiciones del servicio	Barreras de acceso
Estados y condiciones de confortabilidad del lugar de atención		
Accesibilidad económica	Coste de la consulta, de pruebas diagnósticas y tratamientos	
Comunicación	Adecuación idiomática	
Proceso	Utilización de los servicios como fuente habitual de provisión	Capacidad de atracción como oferta de servicio
		Uso regular del mismo por toda la población

El Acceso en cualquier lugar

Las expectativas respecto al acceso han aumentado significativamente en cualquier lugar del mundo. Por amplio que sea la oferta horaria de un sistema sanitario nunca será capaz de satisfacer las necesidades de todos los ciudadanos, en buena medida al interferir con su desempeño laboral. Un trabajo en Reino Unido mostraba que el porcentaje de ciudadanos que consideraban los horarios no convenientes estaba en directa relación con las facilidades para poder acudir a la consulta que otorgaba su empresa (aumentando desde un 8,6% en amas de casa a un 44,2% en los que tienen dificultades para ausentarse del trabajo para ir al médico)³⁶.

La accesibilidad geográfica supone uno de los mayores desafíos en materia de equidad: bien sea por el aislamiento de las zonas más remotas, la violencia existente en determinadas poblaciones, o la ausencia de atractivos de recursos y ocio en zonas rurales, una gran parte de la población mundial se ve privada de la atención por determinados profesionales (

fundamentalmente de medicina, pero también de enfermería y otras disciplinas), simplemente por la incapacidad de disponer de dichos perfiles en estas zonas.

La comunicación con la persona (idiomática y cultural).

El desafío que supone la multiculturalidad de cualquier país del mundo (aunque con mayor intensidad en determinados lugares) implica inevitablemente que sistema sanitario y sociedad empleen a menudo lenguajes distintos, además de visiones culturales de la salud diferentes. Las consecuencias de incompreensión existentes en Europa ante personas subsaharianas o de religión musulmana, o en América hacia las poblaciones originarias son ejemplo de ello.

Los tiempos de espera.

Las esperas en el proceso de solicitud, atención y resolución de un problema de salud son materia de preocupación frecuente y universal.

Un trabajo de von Loenen³⁷ indicaba que cerca de la mitad de los pacientes en países como Alemania, Holanda y Reino Unido no conseguían una cita en el mismo día o en el día siguiente al que lo solicitaban, situación que había ido empeorando desde 2006. El estudio ya comentado de la Commonwealth Fund ponía de manifiesto el malestar generalizado de los médicos de Atención Primaria por el tiempo que dedican a sus pacientes, y que era proporcional al tiempo de dedicación para cada encuentro, y que puede oscilar desde 20 minutos en Suiza o Francia a 5 minutos en España. Más recientemente el trabajo de Guanais para el Banco Interamericano de Desarrollo pone de manifiesto la dificultad de poder acceder en Latinoamérica a los profesionales del primer nivel en el mismo día³⁸.

Este exceso de presión asistencial genera un creciente “burnout” en las profesiones de APS, cuyas causas son múltiples; en buena medida están relacionadas con una medicalización creciente de la sociedad, en la que participan tanto medios de comunicación (difusores de noticias de escasa fiabilidad sobre presuntas mejoras en la duración y calidad de vida) como los propios profesionales, al intensificar actividades destinadas a chequear y controlar permanentemente el estado de salud de sus pacientes.

Dicha sobrecarga (que en Inglaterra significó un aumento de actividad de un 10% entre 2007 y 2014³⁹), lleva a Greenfield⁴⁰ a cuestionar uno de los paradigmas clásicos de la Atención Primaria: la necesidad de que siga ejerciendo *el papel de filtro* (“*Gatekeeper*”) en los sistemas sanitarios. Una revisión sistemática de la literatura reciente concluye que el rol de Gatekeeping se asocia a un menor uso de servicios sanitarios, un menor gasto del sistema sanitario y una mayor calidad en la prestación, pero sin embargo la tasa de supervivencia en pacientes con cáncer era menor que si se producía el acceso directo a servicios especializados ante este tipo de

problemas⁴¹. En cualquier caso el trabajo de Greenfield no considera dos argumentos importantes que deben ser tenidos en cuenta: la sobrecarga de trabajo que supondría un acceso directo a los especialistas (que podrían poner en cuestión la sostenibilidad de cualquier organización), y la inevitable realización de procedimientos innecesarios que, además de incrementar aún más el gasto, podrían significar un riesgo evidente de iatrogenia para los propios pacientes⁴².

La demanda continua (24/7)

Uno de los principales desafíos a los que se enfrentan los sistemas sanitarios del futuro es la de compatibilizar los horarios de atención de profesionales y usuarios. Cada vez con mayor frecuencia se espera poder ser atendido con la misma flexibilidad y amplitud de oferta que ante cualquier otro servicio⁴³. La deriva de los sistemas sanitarios hacia modelos muy orientados hacia el cliente⁴⁴, donde la asistencia sanitaria es otro bien de consumo más, agudiza esta demanda.

LA CONTINUIDAD: UN VALOR CLAVE EN ENTREDICHO

El concepto de continuidad es un término complejo que suele incluir tres esferas diferentes: la experiencia subjetiva de una relación asistencial (*continuidad interpersonal*), el historial de interacciones con un mismo profesional a lo largo de una serie de encuentros (*continuidad longitudinal*), y la disponibilidad efectiva de información clínica y psicosocial a través de diferentes consultas y profesionales (*continuidad informacional*)⁴⁵.

La revisión crítica de la literatura de Salutz y Albedauwi⁴⁶ demuestra una relación consistente y significativamente positiva entre la continuidad personal y la satisfacción de los pacientes. También parece existir relación entre ser atendido por el mismo médico de forma regular y presentar menores tasas de ingreso hospitalario no programado⁴⁷, o menor uso de servicios hospitalarios⁴⁸. White et al realizó el primer estudio observacional retrospectivo⁴⁹ del

seguimiento de 50 años de continuidad longitudinal en consultas de medicina general en Inglaterra: en él se concluía que aquellos pacientes con mayor tiempo de atención en la misma consulta tuvieron similares tasas de consulta, ingresos hospitalarios, o uso de fármacos a pesar de tener una prevalencia mucho mayor de multimorbilidad, depresión y diabetes que los que habían tenido una continuidad menor. El estudio observacional de cohorte retrospectivo de Romano⁵⁰ con 1.208.250 pacientes mayores de 65 años concluye que una mayor continuidad en el tiempo se asocia a un menor sobreuso de procedimientos, aunque la fortaleza y dirección de la asociación varía según el tipo. Un estudio similar⁵¹ en 500.000 pacientes atendidos en la Administración de Veteranos americana encontró que una mayor rotación de profesionales se asociaba a una menor satisfacción de los pacientes, aunque la calidad de la prestación era similar. En materia específicamente de salud, la revisión sistemática de Pereira demuestra que la continuidad de la atención por médicos se asocia a una menor tasa de mortalidad⁵², y a revisión sistemática con metanálisis de Kelley establece una relación pequeña pero estadísticamente significativa entre continuidad y mejores resultados en salud⁵³

A pesar de esos beneficios potenciales, la proporción de usuarios en Inglaterra que declaraban poder ver siempre o casi siempre al médico general de su elección, se ha venido reduciendo de un 40,8% en 2012 al 35,3% en 2016. Una medida compensatoria introducida por el NHS en 2014 fue la obligación de asignar a cada persona mayor de 75 años un responsable concreto en medicina general ("*Named Accountable GP*"). Este requisito se amplió a cualquier persona en abril de 2015.

Un editorial reciente en el *British Journal of General Practice*⁵⁴ llega a la conclusión de que a pesar de todos sus beneficios, en el futuro no será posible que los pacientes sean atendidos por el mismo profesional cada vez que lo necesiten; en su opinión, aun reconociendo que la continuidad se asocia a mejores resultados en salud, satisfacción y coste-efectividad, la

convergencia de un escenario de recursos limitados y sobrecarga de trabajo hará poco viable el modelo clásico de continuidad basado en una relación personal entre médico y paciente. La alternativa en su opinión, debería venir de la mano de intensificar la continuidad a través de una mejor información y gestión de la atención, y un mayor papel del resto de profesionales que constituyen el equipo de atención primaria, desde administrativos a enfermería.

Como señalaba White el principal efecto de la longitudinalidad es la capacidad de construir relaciones de confianza, algo que requiere tiempo y esfuerzo, y que supone realizar una inversión en la que ambas partes quizá no estén dispuestas a embarcarse si saben que la relación va a ser esporádica o accidental.

No deja de resultar paradójico que la viabilidad de un atributo como la continuidad, con efectos positivos para el buen funcionamiento de un sistema sanitario, esté amenazada por la escasez de recursos y el exceso de demanda, como señalaban en su editorial Jeffers y Baker. Pero más allá de ello, la cuestión clave afecta a la propia viabilidad de mantener relaciones sólidas y prolongadas en una sociedad que ha virado hace tiempo hacia modelos de relación líquidas y provisionales: ¿realmente los futuros usuarios del sistema desearán que les atienda el mismo profesional a lo largo de su vida? ¿Siguen interesados los futuros profesionales de AP en atender *desde la cuna a la cuna* a sus pacientes? Si la continuidad de ese nivel de duración no es posible, ¿Cuáles son los rangos de tiempo de relación indispensables para conseguir una mínima continuidad capaz de alcanzar su efecto beneficioso?

INTEGRALIDAD, CAPACIDAD DE RESPUESTA Y RESOLUCIÓN EN APS.

La APS debería dar respuesta a cualquier necesidad en materia de salud que plantee una persona⁵⁵; sin embargo no puede resolver todas esas necesidades. En un porcentaje pequeño (alrededor del 5% según Starfield) deben ser adecuadamente derivadas para ser atendidas en

otros niveles asistenciales con mayor capacitación para poder hacerlo.

Por otra parte, si se pretende que el primer nivel de atención sea realmente resolutorio, solucione la mayor parte de los problemas de salud de la población a la que atiende, y derive a niveles más especializados solo determinados problemas poco prevalentes o muy complejos, disponer de profesionales altamente cualificados parece imprescindible. Recurrir a técnicos de menor cualificación⁵⁶ (como se propone para zonas lejanas o conflictivas) inevitablemente devalúa la atención. Pero a la vez el avance tecnológico, supone un abaratamiento significativo de los costes de buena parte de la tecnología sanitaria, permitiendo estar disponible para un número cada vez mayor de centros y dispositivos sanitarios, lo que permitiría una capacidad de resolución cada vez mayor de los centros del primer nivel si se acompaña de una adecuada capacitación para su uso: si el electrocardiógrafo, la bioquímica seca, o la ecografía han pasado a ser ya parte del arsenal diagnóstico en AP, cabe imaginar que en el futuro tecnologías de uso exclusivamente hospitalario hoy acaben siendo elementos habituales en los centros del futuro.

Ciertos escenarios de atención tradicional por parte de la AP, como el domicilio, han ido perdiendo atractivo para ésta, también ante la comodidad que supone para los profesionales atender a los pacientes en su centro de salud; sin embargo el domicilio supone un terreno especialmente atractivo para todo tipo de proveedores, no solo privados sino también públicos (unidades especiales ambulatorias, hospitalización a domicilio, organizaciones no gubernamentales). Dados los vectores de cambio demográfico y social, el domicilio se convertirá en un lugar clave de la atención sanitaria: un cupo de 2000 pacientes de Atención primaria podría albergar unas veinte camas de pacientes crónicos recluidos en sus domicilios que podrían requerir de unas veinte visitas mensuales⁵⁷. Una AP resolutoria nunca debería renunciar a seguir siendo el primer contacto en el domicilio de las personas.

COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN: LA APS SOLO NO ES SUFICIENTE

Las revisiones de la literatura sobre modelos de coordinación concluyen que no existe un modelo de atención que alcance mejores resultados que otros en términos de coste, satisfacción o resultados en salud⁵⁸. Sin embargo los modelos de integración de servicios y de estratificación de la atención a la “cronicidad” se van imponiendo como alternativa a la organización clásica de los servicios sanitarios sin demostración alguna de su efectividad⁵⁹, pretendiendo sustituir progresivamente la prestación del servicio realizada por la AP por equipos multidisciplinarios interniveles que estratifican a los pacientes en función de su nivel de evolución y complejidad, coordinando el conjunto de la atención recibida en muchas ocasiones desde departamentos hospitalarios. No existen evidencias suficientes en el momento actual que demuestren la efectividad de modelos específicos de atención a enfermedades crónicas frente a formas alternativas de atención⁶⁰.

PANORAMA DE ALTERNATIVAS PARA UNA ADECUACIÓN DE LA APS A LOS NUEVOS RETOS PLANTEADOS.

Una revisión de la literatura respecto a propuestas de reforma en APS brinda un amplio panorama de innovaciones. Para su ordenación se tomaron de referencia el modelo de elaborado por Aggarwal y Williams⁶¹ para el análisis de la reforma de AP en Ontario (y que permite categorizar la transición de sistemas de AP hacia APS) y los 10 bloques de los equipos de AP de alto rendimiento de Bodenheimer⁶² (tabla 3).

Las propuestas de buenas prácticas presentadas al Premio APS Forte para Servicio Único de Saúde (SUS)⁶³ abarcan los ejes de análisis citados con propuestas claramente innovadoras.

Tabla 3 - Dimensiones de reforma de la APS

Características de equipos de alto rendimiento(Boddenheimer)	Dimensiones de una Reforma de la AP (Aggarwal & Williams)
Acceso rápido a la atención	Acceso a la atención
Registro (Enpanelment) Continuidad	Registro de pacientes y continuidad
Integralidad y coordinación	Coordinación e integración
Partenariado equipo-comunidad	Implicación del paciente y la comunidad
Gestión de la población	Salud poblacional
Atención basada en el equipo	Equipos interprofesionales
	Modelo de centros (Group Practice Setting)
	Tecnologías de información
Mejora dirigida por datos	Medida del desempeño y mejora continua de calidad
	Mecanismos de pago
Liderazgo comprometido	Gobernanza y liderazgo
Prospectiva de futuro	

LA MEJORA DEL ACCESO COMO PRIORIDAD DE LEGITIMACIÓN.

Garantizar un acceso adecuado y rápido a los servicios de salud, y específicamente a la AP, forma parte de los atributos esenciales de la APS. Sin embargo accesibilidad no supone inmediatez y diferentes instituciones alertan del riesgo de perjudicar otros atributos esenciales si se prioriza la accesibilidad a toda costa⁶⁴. De hecho una encuesta internacional en 334 países demuestra que una buena accesibilidad y continuidad a AP reduce el uso de las urgencias hospitalarias,⁶⁵ por lo que preservar los atributos esenciales de la APS debería seguir siendo la primera prioridad de intervención.

Las alternativas propuestas para *garantizar la atención a aquellas personas que por situación geográfica, violencia o desarraigo no las reciben* suelen quedar en un segundo plano en las estrategias gubernamentales, a menudo debido a su escasa influencia como grupo de presión. Suelen incluir para las zonas más remotas la integración de las nuevas tecnologías de la comunicación con la intervención sobre el terreno de personas de la propia comunidad, a menudo sin suficiente cualificación en ciencias de la salud⁶⁶. Alternativas de estas

características convierten en superflua la necesidad de disponer de determinados profesionales, como los médicos, puesto que en cualquier lugar podría realizarse una adecuada atención clínica con personas de la propia comunidad con unos conocimientos elementales proporcionados a distancia. De considerarse así, cabe preguntarse por qué los profesionales de la salud, tan accesorios en lugares remotos, son en cambio imprescindibles en las grandes ciudades o en las zonas de ingresos más altos. La resignación a no poder contar con ciertos profesionales (en especial de medicina y enfermería) supone una amenaza evidente a la equidad en la prestación de servicios: algunos de estos servicios sólo pueden ser prestados en APS por profesionales cualificados en medicina (desde la detección de un abdomen agudo a una Resucitación cardiopulmonar avanzada).Experiencias como la de los Médicos Generales de Zona en Chile demuestra que hay alternativas para garantizar servicios de calidad en zonas remotas.

La atención remota en el Reloncaví: combinando el pasado con el futuro.

En 1955 se creó en Chile el Generalato de Zona, política pública que pretendía cubrir la ausencia de Médicos Generales en distintas zonas del país, generalmente las más remotas y vulnerables. El nombre de Médicos Generales de Zona hacía referencia a las 13 zonas en que se dividía Chile entonces 13 zonas. El gran incentivo para que los médicos optaran por esta opción de servicio público en lugares aislados y con escasos recursos, lejos de la familia, los centros formativos o de ocio era fundamentalmente la posibilidad de especializarse con financiamiento del Estado una vez completado un mínimo de tres años en su destino, además de disponer de un trabajo estable y bien remunerado. Recientemente pasaron a denominarse Médicos en Etapa Destinación Formación (EDF, atendiendo no solamente en zonas remotas, sino también las zonas más deprivadas de las grandes ciudades.

El Servicio de Salud del Reloncaví, situado en la región de los Lagos, en el sur de Chile presenta una amplísima dispersión geográfica: de su hospital de tercer nivel (que también actúa como de hospital de segundo nivel en ciertas zonas) situado en la ciudad de Puerto Montt, los habitantes de la lejana región de Palena deben emplear varios días en todo tipo de medio de transporte (caballo, auto, lancha, bus) para poder acceder a él.

Hace unos años la dirección del servicio estableció un plan piloto que posteriormente fue ampliado a cierto número de especialidades (salud mental, traumatología, cirugía, obstetricia). Si bien los Médicos Generales de Zona cubren la mayor parte de necesidades de su población en materia de salud, en ocasiones precisan de atención especializada complementaria. La forma de hacerlo es trasladar la complejidad tecnológica (los especialistas) a la complejidad social que entraña vivir en dichas regiones. Mediante sistemas de motivación formal e informal (muy a menudo con el simple reconocimiento a la labor realizada) grupos de especialistas se desplazaban a la región de Palena en avión, previa preparación de los pacientes por su Médico General de Zona (MGZ). Una vez realizada la primera atención, el seguimiento era realizado generalmente por el mismo especialista que le había atendido mediante sistemas de telemedicina. De esta forma se evitan desplazamientos innecesarios a los pacientes, se ahorran costes de forma sustancial y se reduce la presión sobre la urgencia del hospital, aumentando la satisfacción manteniendo la calidad.

Referencia: Jaramillo F. La red del servicio de salud del Reloncaví: una experiencia de bordemar. RISSALUD.2016

El desafío de atender a personas de distintas culturas e idiomas al de los profesionales de APS encargados de ello se ha intentado solventar principalmente mediante sistemas automáticos de traducción (incluido el propio Google) o en el mejor de los casos con traductores on line que pueden ser consultados en el momento de la consulta (la experiencia de Andalucía en este sentido para la atención a población africana y del este de Europa es una demostración interesante de ello). En cualquier caso tiene la dificultad del entretimiento de consultas ya de por sí más complejas aún de las habituales. Aún más difícil es la necesidad de comprensión y adaptación a la cultura del interlocutor en materia de salud.

Las esperas para ser atendido en APS y la inevitable presión asistencial que conlleva es

abordada inicialmente aumentando el tiempo de dedicación diaria y/o reduciendo el tiempo de atención del profesional en cada encuentro con los pacientes: una reducción continuada del tiempo de atención por paciente repercute inevitablemente en la calidad de la atención⁶⁷, y un incremento sin límite del número de pacientes atendidos por el mismo profesional genera inevitablemente burnout.

Si esas medidas no son suficientes la alternativa más habitualmente utilizada por los usuarios es emplear los servicios de urgencia hospitalarios como puerta de entrada al sistema. Sin embargo la ampliación de horarios, incluso llegando a la oferta en los 7 días de la semana en AP realmente no beneficia a los que más necesitan atención (personas sin hogar, ancianos, migrantes), sino que simplemente facilita el

acceso a un grupo escaso de personas⁶⁸, a menudo por demandas no adecuadas⁶⁹. De hecho un estudio demuestra que los pacientes ingresados de urgencia en hospitales británicos lo hacen mucho más frecuentemente si son derivados por su médico de cabecera que si acuden directamente a la urgencia⁷⁰.

Para ampliar la oferta ante una demanda creciente se han propuesto diferentes alternativas: __actuando sobre el horario, generando nuevos dispositivos de APS, ampliando y diversificando la composición de los equipos del primer nivel o estableciendo nuevas modalidades de consulta a través del uso de nuevas tecnologías:

- Una de las medidas introducidas en Reino Unido fue la realización de triage telefónico ante la petición de atención en el primer nivel, ya fuera realizada por médico general o enfermería. Si se realizaba por esta última se reducía el número de contactos en el día con el médico general, aunque el número global de contactos en el mes aumentaba (proyecto ESTEEM)⁷¹. Un análisis de este proceso puso de relieve que el proceso de introducción del triage es complejo y requiere una aproximación integral al role de todos los profesionales del equipo^{72 73}.
- También se han ido implantando en diversos países citas conjuntas a pacientes aquejados del mismo problema de salud, generalmente problemas crónicos. Una revisión sistemática concluye que puede aumentar la confianza, la calidad de cuidado o la calidad de vida, aunque los modelos son excesivamente heterogéneos⁷⁴; otra recomienda su uso de forma mucho más generalizada, en especial en personas con procesos crónicos⁷⁵
- Los horarios de atención tradicionales suelen cubrir entre un tercio y la mitad de las horas del día. La ampliación más allá del horario regular puede llevarse a

cabo introduciendo fórmulas de atención fuera de horario (tradicionalmente llamadas *out of hours* o *after hours* en Reino Unido), ya sea por el mismo equipo o por profesionales contratados específicamente, o ampliando la oferta horaria incluso con la creación de equipos de mañana y tarde (como en Madrid o Barcelona en España). Incluso algunos países están valorando propuestas más radicales como la integración vertical de los centros de AP con servicios de urgencia, responsables de la atención integral a una población a cambio de una cápita (Primary and Acute Care system).

- También pueden establecerse dispositivos de atención continuada en ciertos lugares públicos, aunque vinculados al propio sistema de salud: desde hace más de una década existen modelos de puntos de atención en lugares públicos en países como Reino Unido o Estados Unidos (Walk in Clinics⁷⁶ o Retail Clinic⁷⁷) que dan respuesta ante problemas menores, generalmente por parte de personal de enfermería. Los resultados no son concluyentes; la ventaja en accesibilidad debe ser balanceada con la posible amenaza a la longitudinalidad que pueden implicar.
- Una evolución de todos estos modelos desde un punto de vista integral sería la propuesta de segmentación de los servicios de AP, que diferencia la respuesta asistencial en función de las características de la persona⁷⁸: los que tienen síntomas menores y pueden ser atendidos por cualquier profesional, los que aquejan problemas indiferenciados o emergentes que necesitan una atención experta o los que presentan multimorbilidad con problemas complejos y que necesitan de la atención de equipos multiprofesionales. Sin embargo ha sido muy cuestionada esta propuesta

por fragmentar de forma importante la continuidad⁷⁹

- Otra alternativa ante el crecimiento de las listas de espera ha sido la externalización de servicios del propio sistema sanitario público: es el caso de Inglaterra en donde mediante una aplicación para dispositivos móviles (GP at Hand de Babylon) se puede solicitar cita con otro profesional del NHS que tenga cupos de atención disponibles
- Finalmente la complementación o incluso sustitución de servicios presenciales por atención a través de nuevas tecnologías es creciente en todos los sistemas sanitarios (uso del teléfono móvil a través de la voz o del uso de chats, empleo de videollamadas como Skype⁸⁰, empleo del correo electrónico,...). Al triage telefónico antes citado se añade el triage a través de web especializada, recurso cuyo uso es claramente dependiente del contexto, siendo utilizada principalmente por jóvenes⁸¹

- Los aspectos legales que modalidades alternativas de atención a la consulta comportan no están a menudo suficientemente regulados, constituyendo un elemento de incertidumbre tanto para pacientes como para profesionales.

Por último, pero no menos importante, es preciso resaltar el tiempo empleado por los profesionales de la salud, y de forma especial administrativos y médicos, en la realización de diversas actividades burocráticas, comenzando por la revisión de los requisitos que acreditan al propio paciente como sujeto con derecho a la atención, y que incluyen también la cumplimentación pormenorizada de la historia clínica electrónica. Una revisión panorámica del American College of Physician recomienda evaluar periódicamente cada trámite administrativo colocando por delante a los pacientes⁸². Otro trabajo también en los Annals aconseja no confundir el mapa con el territorio debiendo prevalecer siempre la atención a las personas a cualquier otra actividad⁸³.

En la tabla 4 se resumen las evidencias existentes sobre las propuestas que se centran en el fomento de la accesibilidad.

Tabla 4 - Alternativas para mejorar el acceso

Propuesta	Resultado	Referencia
Triage telefónico	Reducción del número de contactos en el día con el médico general, aunque el número global de contactos en el mes aumentaba	Campbell.Lancet 2014
	Debería tener en consideración la capacidad real del centro para dar respuesta	Newbould.BJGP 2019
Triage a través de web	Dependiente de la brecha digital: utilizada principalmente por jóvenes	Eccles.BJGP 2019
Restringir o eliminar el role de puerta de entrada de la APS (gatekeeping)	El rol de Gatekeeping se asocia a menor uso de servicios sanitarios, menor gasto y mayor calidad La tasa de supervivencia en pacientes con cáncer fue menor	Sripa.Br J Gen Pract 2019
	El acceso directo al especialista reduciría la sobrecarga en AP	Greenfield. BMJ 2016

Atención en comunidades rurales remotas por miembros de la propia comunidad con soporte profesional a distancia	Aumento de la accesibilidad. Ausencia de respuesta capacitada en el momento de la aparición de determinadas necesidades	Panjabi R.TED.2017
Instalación de dispositivos de atención en lugares públicos (Walk in clinic, Retail Clinic)	Aumenta el acceso, deteriora la continuidad	Crawford. Int Emerg Nurs. 2017 Cassel CK. JAMA 2018
Segmentación por tipo de problema de la población atendida por el médico general	Propuesta sin demostración de sus resultados Riesgo de fragmentación de los servicios	Rosen.Divided we fail.Nuffield Trust 2018
Consultas compartidas (Shared medical appointment, Group work intervention)	Puede aumentar la confianza, la calidad de cuidado o la calidad de vida, aunque los modelos son excesivamente heterogéneos	Wadsworth. BMC Family Practice 2019
Empleo de aplicaciones que faciliten la atención on line (Skype)	Propuesta sin efectos demostrados	Armfield. International Journal of Medical Informatics 2012
Citas conjuntas a pacientes aquejados del mismo problema de salud	Puede aumentar la confianza, la calidad de cuidado o la calidad de vida, aunque los modelos son excesivamente heterogéneos	Wadsworth, Family Practice 2019 Jackson, BJGP 2019
Planes de atención personalizados	Pequeñas mejoras en calidad de la atención en ciertas condiciones crónicas (Diabetes, Hipertensión, asma) y autocuidado; mejora en indicadores globales de salud	Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, Ryan S, Shepperd S, Perera R. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(3): CD010523.

Atención fuera del horario regular en Holanda

La expectativa de accesibilidad inmediata a los servicios sanitarios conduce cada vez a más usuarios de cualquier servicio de salud a acudir a los servicios de urgencia de los hospitales buscando solucionar sus problemas de salud en una sola instancia, aunque ello suponga prolongadas esperas para ser atendido. La antigua disponibilidad de los médicos de cabecera, disponibles las 24 horas del día, fue progresivamente limitándose, a menudo mediante el establecimiento de horarios de atención que, aunque supongan gran parte de su tiempo, nunca garantizan la respuesta a las necesidades de todos sus pacientes. Las iniciativas de atención fuera del horario regular (out of Hours o After Hours services) se han multiplicado en casi todos los sistemas.

En Holanda se han constituido con tal fin Cooperativas de Médicos de Atención Primaria (PCP Cooperatives) que han aumentado el número de contactos por año en 245/1000 ciudadanos y año .El 45% de esos contactos no son urgentes, generalmente derivados de la baja disponibilidad de citas de sus médicos generales. Éstos alegan la necesidad de introducir copagos o reservar espacios para la atención telefónica o a través de internet para reducir la demanda fuera del horario habitual.

Más de la mitad de estas cooperativas están integradas con servicios de urgencia hospitalarios formando “puntos de acceso de atención de emergencia” (Emergency Care Access point): Dicha colaboración redujo el uso de urgencias de 13 al 22%. Medidas adicionales para optimizar su uso incluyen la sustitución de médicos por enfermeras, el acceso a la historia clínica del paciente o la mejora de la capacitación en atención urgente.

Las causas últimas del uso de la atención fuera del horario regular tienen que ver tanto con la dificultad de acceso a la atención primaria como la demanda innecesaria y generalizada de servicios generalizado socialmente.

Referencias:

Smits M, Rutten M, Keizer E, Wensing M, Westert G, Giesen P. The Development and Performance of After-Hours Primary Care in the Netherlands. A Narrative Review. *Ann Intern Med.* 2017;166:737-742. doi:10.7326/M16-2776

Keizer E, Smits M, Peters Y, Huibers L, Giesen P, Wensing M. Contacts with out-of-hours primary care for nonurgent problems: patients’ beliefs or deficiencies in healthcare? *BMC Family Practice* (2015) 16:157 DOI 10.1186/s12875-015-0376-9

EL FOMENTO DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL.

La “liquidez” de las formas de vida actuales junto a la transitoriedad de relaciones y trabajos pone en cuestión la relevancia social de la longitudinalidad como prioridad. A pesar de sus indudables beneficios en materia de salud que se derivan del hecho de mantener un profesional que atiende regularmente a sus pacientes, existen dudas sobre si ello es posible mantenerlo y durante qué plazo.

Existirían sin embargo mecanismos para mantener el atributo del que más demostración existe que mejora la salud de la población: la obligación de construir personalmente un

listado de pacientes está entre las razones de la estabilidad de los médicos generales británicos. Medidas organizativas de este tipo o el uso de incentivos poderosos para mantenerse en el mismo lugar pueden mantener la continuidad de la atención.

Quedan también algunas incógnitas relevantes: que tiempo es razonable mantener esa regularidad con el mismo profesional, si la continuidad de un equipo tiene los mismos beneficios que la que aporta un profesional concreto, y si los medios de información electrónica podrían ser sucedáneos adecuados para mantener la longitudinalidad. El resumen de las evidencias se expone en la Tabla 5.

Tabla 5 - Evidencias sobre continuidad

Propuesta	Resultado	Referencia
Establecer medidas de continuidad interpersonal	Mejora la satisfacción	Saultz. Ann Fam Med 2004
Implantación de médicos familiares	Tener un médico familiar se asocia a una menor utilización de servicios hospitalarios	Fung. BMC Health Service Research 2015
Efectos de la Continuidad	Asociación continuidad y menor sobreutilización de procedimientos médicos	Romano. JAMA Int Med 2015
	Mejora resultados en salud	Pereira Gray. BMJ Open 2018
	La continuidad implica una Reducción de la tasa de admisión de urgencias	Bankart. Emerg Med J 2011
	Relación entre continuidad y mejores resultados en salud	Kelley. PLoS ONE 2014

MEJORAR LA RESPUESTA Y LA RESOLUCIÓN A TRAVÉS DE SERVICIOS INTEGRALES: LA REORIENTACIÓN HACIA EL EQUIPO

Los retos existentes en los servicios sanitarios de cualquier sistema hacen inviable la respuesta a través de un único perfil profesional en APS. Históricamente en Europa la prestación en el primer nivel se ha realizado fundamentalmente a través de médicos generales o de familia, ocasionalmente apoyados por personal de enfermería y administración. Sin embargo, incluso en estos sistemas se está evolucionando hacia modelos multiprofesionales, ya sea en el propio equipo de atención primaria o mediante equipos de apoyo cercano.

La necesidad de equipos multiprofesionales ya fue planteada hace más de una década, por un grupo de expertos entre los que se encontraba la propia Starfield⁸⁴. En Estados Unidos la reorientación de la práctica en el primer nivel de atención hacia equipos multiprofesionales (construidos sobre la unidad de trabajo para una lista determinada de pacientes del tándem medicina de familia-enfermería) parece obtener mejores resultados en calidad, satisfacción y reducción de servicios hospitalarios⁸⁵. Recientemente uno de los países donde el modelo del primer nivel de atención más restringido estaba al médico general (Reino Unido), ha establecido estrategias globales destinadas a ampliar la composición del equipo a otros profesionales, especialmente asistentes médicos (Physician associates, Eequivalentes al Physician assistant norteamericano), terapeutas en salud mental, o farmacéuticos trabajando en centros de medicina general⁸⁶.

Bodenheimer⁸⁷ define como “teamlet” las parejas de trabajo formadas por médico y asistente médico (medical assistant), y cómo equipo ampliado el constituido por enfermería, farmacéuticos, trabajadores sociales y otros profesionales

El concepto de proveedor de servicios de AP (Primary care Provider)⁸⁸ se ha ido ampliando así progresivamente: mientras en Europa se seguía centrando en la figura del médico (general o de familia), en Estados Unidos incorporaba también otros perfiles, cada vez con mayor grado de

competencia: Las enfermeras prescriptoras (Nurse Practitioners) y las Asistentes médicas (Physician Assistants) surgidas en los años 60 del pasado siglo, han venido a sustituir a los médicos en la atención a determinados problemas de salud a menudo con resultados tan buenos o mejores como los de aquellos^{89 90 91 92}. En Reino Unido todas las profesiones no médicas que comparten con éstos la atención a los pacientes en el primer nivel de atención comienzan a recibir el nombre de Profesionales sanitarios aliados (Allied Healthcare professionals cuyos perfiles van complementando y en ocasiones sustituyendo las funciones tradicionales del médico general. Éstos perfiles incluyen personal de enfermería, fisioterapia, pero también personal paramédico, e incluso la creación de un nuevo perfil, llamado Primary Care Practitioner (PCP)⁹³, entre cuyas funciones destacan la atención domiciliaria y la atención a problemas clínicos menores. De esta forma se llegan a diferenciar hasta tres perfiles médicos: Médico General (GP), PCP y Médico General con interés especial (GP with Special Interest o GPwSI), un generalista con un área específica de capacitación: las evaluaciones respecto a los efectos de esta última modalidad no son concluyentes puesto que su supuesta reducción de costes derivados de una disminución de referencias en su área de “expertise” son contrarrestados con la necesidad de contratar a alguien que haga sus funciones como generalista⁹⁴.

Otra línea clara de innovación está representada por la necesidad de complementar las funciones y roles del equipo de AP en sentido estricto, con dispositivos que, siendo externos al mismo, realizan un papel esencial para una adecuada atención integral a cada persona desde la APS. Por ejemplo las oficinas de farmacia comunitaria⁹⁵ son un elemento clave en la continuidad de la atención y el adecuado cumplimiento terapéutico que, sin embargo, no siempre están convenientemente coordinadas. También en Reino Unido se potenció la integración de farmacéuticos dentro de los propios centros de AP; una reciente revisión sistemática parece demostrar que reduce la sobrecarga a los médicos generales y el uso de

servicios hospitalarios, pero se precisan más estudios⁹⁶.

Atención especial merece la figura del agente comunitario, promotor de salud o técnico paramédico, primer contacto real en muchos países de Latinoamérica y sobre cuya efectividad en materia de resultados en salud existe evidencia reciente^{97 98}, incluso con análisis de coste beneficio⁹⁹. Una vez más el efecto es reforzado por la existencia de continuidad en la relación entre los trabajadores comunitarios y los pacientes¹⁰⁰

En resumen, la APS en el futuro será cada vez menos una prestación exclusiva de médicos que trabajan de forma individual para ser sustituido progresivamente por equipos multiprofesionales con diversos grados de intensidad en su relación:

- El núcleo de la atención regular debería continuar siendo competencia de ‘profesionales de medicina y enfermería con formación especializada en APS. Junto a ellos emerge la figura de los Phisycian Assisamt o Associates) responsables de la atención a problemas menores, reservando el tiempo del médico para los problemas de mayor complejidad.
- Probablemente se desarrollarán sistemas de entrada o filtro que diferencien la urgencia e importancia

de los problemas de salud de los pacientes (ya sea a través de teléfono, web o cualquier otro recurso tecnológico) así como profesionales de apoyo en la consulta al propio médico (Medical Assistant)

- El rol de profesionales de apoyo al equipo nuclear será cada vez más necesarios e incluirá perfiles como los de matronas, nutricionistas, kinesiólogos, odontólogos, o psicólogos
- Así mismo el contacto y relación con la comunidad, bien para la identificación de problemas como para la gestión de las soluciones a problemas sociales y determinantes de salud será cada vez más imprescindible. Agentes comunitarios, trabajo social o enlaces sociales (link workers) serán perfiles importantes en los equipos del futuro.
- Por último el monitoreo y seguimiento de la salud poblacional muy posiblemente precise del rol de epidemiólogos o *panel manager* para la identificación de problemas de salud que excedan el ámbito individual y entren de lleno en la salud pública.

El resumen de la evidencia se incluye en la Tabla 6.

Tabla 6 - Síntesis de evidencias sobre la Composición de equipos de APS

Propuesta	Resultado	Referencia
Diversificación de perfiles profesionales en el Primer Nivel	Diversificación entre gestores del panel poblacional, Physician Assistant, Nurse Practitioner y médico de familia	Lee TH, N Engl J Med 2008 NHS England. General practice forward view. 2016.
Agentes comunitarios	Pacientes de bajos ingresos en Argentina con Hipertensión Arterial no controlada reducen significativamente sus cifras de Presión en intervenciones lideradas por agentes comunitarios en comparación con la atención usual recibida	He J, JAMA. 2017

	Mejora de la calidad percibida y de las hospitalizaciones en el grupo que recibía soporte de trabajadores comunitarios	Kangovi S. JAMA Intern Med. 2018
	La introducción de agentes comunitarios puede ser una intervención costo-beneficio al reducir uso de urgencias y hospitalizaciones	Basu S. Med Care 2017
Farmacias comunitarias	Opinión favorable a involucrarlas en la atención a pacientes con problemas crónicos	Hindi, BMC Family Practice 2019;

LA MEJORA CONTINUA DE LA COORDINACIÓN

Tres son los elementos básicos para la existencia de una adecuada coordinación: la voluntad de colaboración entre los profesionales que prestan la atención en diferentes lugares y niveles del sistema sanitario, la existencia de recursos de apoyo, fundamentalmente tecnológicos que faciliten esa comunicación, y la existencia de modelos organizativos que faciliten esa coordinación.

La frontera que separa los diferentes niveles asistenciales es muy variable según los contextos sanitarios, la tradición histórica y la capacitación de sus profesionales: aunque el número de niveles asistenciales suele ser de dos o tres, existen propuestas en África y América que llegan a proponer hasta diez; más allá de su aportación como taxonomía, cuantos más niveles se establezcan mayor es el riesgo de burocratización del proceso de atención.

Las intervenciones de mejora de la coordinación pueden realizarse actuando sobre los procesos de atención, el empleo de tecnologías o actuando de forma integral sobre el servicio de salud

Intervenciones mediadas a través de la reorganización de los procesos de atención.

Son numerosas las alternativas de organización en dicha frontera y que suponen formas alternativas de trabajo conjunto entre profesionales. Una revisión de la literatura realizada hace cerca de 20 años¹⁰¹ sigue siendo

de actualidad para sintetizar innovaciones; y sin embargo la evidencia respecto a sus resultados sigue siendo escasa:

- Atención hospitalaria por parte de médicos de AP: el estudio de Stevens¹⁰² comparaba resultado de atención hospitalaria de los “Hospitalist” (médicos de hospital, generalmente internistas, que coordinan y supervisan la atención prestada en el hospital), generalistas que no conocían a los pacientes y los médicos de cabecera de los pacientes ingresados; se evaluaron 560.651 admisiones en Medicare: los pacientes atendidos en el hospital por su médico de cabecera, aunque solo representaban el 14% conseguían mayor duración de ingreso y mayor porcentaje de altas a domicilio pero a la vez eran el grupo que presentaba una menor mortalidad a los 30 días. Es decir los efectos de la continuidad se prolonga más allá de la atención en el primer nivel, prolongándose sus efectos beneficiosos si se sigue atendiendo al paciente en el hospital por el mismo profesional¹⁰³
- Atención directa a los pacientes en el primer nivel de atención por parte de especialistas del segundo nivel¹⁰⁴: la experiencia de Primary Care Plus en Holanda supone la atención a pacientes por parte de especialistas en centros del primer nivel; sin embargo la evidencia de su efecto no es concluyente.

- “Liaison officers” o profesionales de enlace, especialmente enfermería y psiquiatría o psicología.
- Unidades intermedias entre niveles asistenciales, por ejemplo servicios de farmacia o salud pública.
- Cuidados compartidos (Shared care) que integra gestión de los sistemas de información, cuidados de enfermería, atención clínica por generalistas y especialistas y unidades de seguimiento y monitorización de pacientes. Especialmente empleadas para la atención a diabetes y asma.
- Consultas en acto único, durante las cuales se realizan todos los procedimientos que amerita el paciente en un solo día.
- El establecimiento de formularios o plantillas (templates) obtenidos del consenso y la revisión de la literatura entre generalistas y especialistas mejora la calidad de la derivación¹⁰⁵
- Las consultas a través de la web (Web-based Consultations o WBC).Un estudio de factibilidad en Holanda concluyó que este sistema reduce a la mitad las referencias a consulta presencial en servicios especializados ambulatorios en comparación al sistema habitual, lo que mejoraba la satisfacción de los pacientes y reducía los costes¹⁰⁶.
- La Historia clínica electrónica, en el caso de ser compartida entre proveedores, supone una herramienta importante de coordinación, puesto que permite acceder en tiempo real a los resultados de lo realizado en otros dispositivos asistenciales. Sin embargo su aplicación tiene también efectos no deseados: su uso no garantiza en modo alguno una mayor calidad de la atención¹⁰⁷. Junto a ello el problema de sobrecarga administrativa y de distanciamiento con el paciente es

también importante: un estudio observacional en cuatro especialidades médicas del primer nivel identificaba que por cada hora de atención directa se realizaban al menos 2 horas de cumplimentación del registro electrónico, además de tiempo suplementario en el domicilio¹⁰⁸.

- La telemedicina supone una herramienta muy eficaz para la atención remota y coordinación entre niveles, especialmente en las especialidades perceptuales (diagnóstico por imagen, dermatología). Sus efectos de reforzamiento de accesibilidad, coordinación y fomento relaciones de confianza deberían ser aprovechados.

Intervenciones integrales en el servicio de salud

Aunque los modelos de organización en red han estado presentes de una u otra forma en buena parte de las organizaciones sanitarias del último siglo, su desarrollo y difusión se produce principalmente en la década de los 90 del siglo XX. Shortell¹⁰⁹ definió las organizaciones sanitarias integradas como *“aquella red de servicios que ofrece una atención coordinada a través de un continuo de prestaciones a una determinada población”*. Es decir, *red, coordinación y población* constituyen los elementos nucleares en este nuevo modelo de organizaciones. Posteriores modelos, desde Kaiser Permanente¹¹⁰ a la estrategia de constitución de las *“Organizaciones que rinden cuentas”* (Accountable Care Organizations), iniciativa clave en el *Affordable Care Act* del gobierno Obama¹¹¹, pueden considerarse como modalidades alternativas del sistema americano dentro de los modelos de organización en red. En Inglaterra la creación de los Clinical Commissioning Groups que abarcan toda la atención sanitaria en un territorio determinado sería una modalidad organizativa donde es la gestión integrada de los fondos la que actúa de palanca para la coordinación. Este mismo año de 2019, la creación de las redes de Atención

primaria (Primary care Networks)¹¹² se alinea también con este modelo.

La definición formal de OPS de las Redes Integradas de Servicios de Salud¹¹³ (“una red de organizaciones que presta, o hace arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos, y por el estado de salud de la población a la que sirve”) identifica un modelo de construcción organizativa que ha sido ampliamente reconocido e implementado en Latinoamérica y Caribe, sin haber sido hasta la fecha adecuadamente evaluada, en buena medida debido a la diversidad de contextos y la imposibilidad de establecer comparaciones.

A pesar del importante número de estudios realizados la evidencia disponible sobre la

efectividad de las diversas formas de integración o coordinación de cuidados permanece incierta^{114 115} Algunas revisiones parecen identificar tendencias positivas en programas dirigidos a mejorar la integración, especialmente en lo referente al uso de servicios hospitalarios, el status funcional de los pacientes, la satisfacción de éstos, los resultados clínicos intermedios, la adherencia a las guías de práctica clínica o el cumplimiento terapéutico. Sin embargo los resultados sobre la mortalidad o el análisis coste efectividad no son concluyentes.

En cualquier caso, es notoria la tendencia hacia la construcción de redes integradas que abarquen y alineen a los diferentes niveles asistenciales en casi cualquier entorno.

Tabla 7 - Resumen de propuesta en materia de coordinación

Propuesta	Resultado	Referencia
Atención de especialistas desde dispositivos de APS	Primary Care Plus: amplia variabilidad en tasas de referencia hospitalaria.	Smeele, BMC Family Practice 2019
Atención de pacientes en el hospital por su médico de referencia	Menor mortalidad 30 días después del alta que si reciben atención por médicos de hospital	Stevens, JAMA Intern Med 2017.
Consultas a través de internet (Web based consultations)	Este sistema reduce a la mitad las referencias a consulta presencial en servicios especializados ambulatorios	Van del Velden BMC Family Practice 2019
Formularios o planillas para la derivación	Mejoran la calidad de la información en el grupo de intervención	Wählberg, BMC Health Services Research 2015
Médicos generales con intereses especiales (GP with Special Interest o GPwSI)	Se precisa más pruebas respecto a su mejora de resultados en salud o eficiencia	Gervas, BJGP 2007
Traslado de especialistas al primer nivel con seguimiento posterior con telemedicina	La integración en red permitió la atención de los especialistas de ciertas especialidades en el propio domicilio del paciente con seguimiento posterior con telemedicina	Jaramillo, RISSALUD.2017
Atención clínica de los especialistas del segundo nivel en el primer nivel y de los médicos de familia en la atención hospitalaria	Mejores resultados globales de Káiser Permanente frente al NHS británico	Feachem, BMJ 324.
	Implantación de modelo en red. Efectos aún no demostrados	Nolan, BMJ 2019;365:1916 doi: 10.1136/bmj.l1916
Revisión sistemática de los modelos de coordinación e integración	No evidencia concluyente a favor de ningún modelo	McDonald, Agency for Healthcare Research and Quality 2007.

		Oxman A. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services 2008. Minué, EASP.2013
--	--	--

Las Organizaciones que rinden cuentas en Canterbury (Nueva Zelanda)

El Consejo del Distrito de Salud de Canterbury es responsable de la planificación y organización de servicios en la zona más poblada de la isla del sur de Nueva Zelanda. Al igual que otras regiones del mundo lleva años sufriendo un incremento de la presión en sus hospitales, derivado en parte del envejecimiento poblacional. Las estimaciones de recursos necesarias para poder dar respuesta eran tan inabordable que la única alternativa posible era rediseñar su modelo de prestación de servicios. Aunque el sistema se financia a través de impuestos (como en Reino Unido) existen copagos para poder acceder al Médico General. El objetivo del programa iniciado en 2007 fue el de mantener a las personas lo más sanas posible en su entorno familiar y comunitario. Para ello el fundamento de la reforma se estableció en torno al concepto “un sistema, un solo presupuesto”, basado en tres ejes principales:

- integración a través de los límites organizacionales.
- fortalecimiento de la Atención primaria.
- aumento de la inversión en servicios comunitarios

En comparación con el resto de Nueva Zelanda, Canterbury presenta menor tasa de admisión médica hospitalaria, bajas tasas de readmisión, menor estancia media, y bajas tasas de presión en emergencias hospitalarias.

Para ello ha sido preciso invertir, pero no en más recursos hospitalarios sino por el contrario en recursos comunitarios, capacitación de los profesionales y rediseño organizativo.

Referencia:

Charles A. Developing accountable care systems Lessons from Canterbury, New Zealand. Kings Fund. London. 2017

LA INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD.

La consideración de la APS como nivel asistencial priva a ésta de unas de sus responsabilidades más importantes: identificar, denunciar e intervenir sobre aquellos factores que, aunque desborden el ámbito clínico, determinan sustancialmente la salud de las personas.

El carácter difuso del límite entre lo que son servicios personales y poblacionales hace aún más compleja una intervención cuyas causas de

las causas se encuentran fuera del propio sistema sanitario¹¹⁶.

También conviene ser cuidadoso respecto a su efecto en la globalidad del sistema y específicamente su uso: el fomento de hábitos saludables y de las medidas de promoción y prevención no necesariamente reducen el uso de los servicios sanitarios sino que más bien lo aumentan¹¹⁷.

La prescripción social supone una forma de vincular los pacientes a los recursos existentes

en su comunidad que pudieran contribuir a la mejora de su salud. Es una línea de trabajo emergente, ampliamente difundidas e implementadas en algunos países especialmente en Reino Unido y España. Sin embargo no existe hasta la fecha evidencia suficiente sobre su efecto^{118 119}.

En cualquier caso la necesidad de fortalecer el rol de la Atención Primaria en la comunidad y en la mejora de la salud poblacional es una

tendencia dominante. El Servicio Nacional de Salud británico (NHS) invertirá 4.500 millones de libras más en atención comunitaria y AP para el periodo 2023/4 en comparación con el actual periodo 2019/2020 fomentando el abordaje de necesidades específicas de salud de la población a través de la constitución de las ya citadas redes de AP (Primary care networks), y que aspiran a constituirse en servicios sanitarios basados en la comunidad completamente integrados, compuestos por equipos mutiprofesionales¹²⁰.

La atención a la comunidad en el Proyecto Deep End (Reino Unido)

El proyecto Deep End. Éste proyecto se inició en Escocia con la clasificación de los centros de medicina general en función del porcentaje de pacientes incluidos en cada una de las listas con al menos un 15% procedentes de las áreas más deprimidas. Los centros incluidos en el proyecto Deep End tenían entre el 44 y el 88% de sus pacientes en esa categoría. En todas ellas existía una falta de concordancia entre la prevalencia de problemas de salud y la dotación de médicos generales. El reto en esas zonas está en encontrar fórmulas para incrementar el volumen, calidad y consistencia de la atención en las áreas más deprivadas. Fueron incluidas finalmente 100 prácticas (85 en Glasgow), con una media de pacientes en cada lista de 4316 (20 de ellas con consultas de un solo médico general, y 60 con tres o menos de 3 MG. Las consultas se caracterizaban por presentar muy buenos resultados en el sistema de evaluación británico (QOF), un alto grado de motivación y moral y un elevado nivel de compromiso. Las líneas de trabajo eran fundamentalmente las de establecer lugares de encuentro para compartir experiencias sobre la atención en áreas de gran deprivación social, generar en las consultas, espacios específicos para poder dedicar más tiempo a este tipo de pacientes, y generar nuevas modalidades profesionales (“link workers in general practice”) encargados de facilitar y ayudar a los pacientes en el abordaje de sus problemas sociales. Sin embargo no hay que olvidar que la mayor aportación de la medicina general era abordar las inequidades en salud a través de la continuidad de la atención personalizada para cada paciente sea cual sea el problema que presente.

El proyecto fue posteriormente aplicado en Inglaterra (Yorkshire, Manchester) e Irlanda (Dublín).

Referencia: Watt GCM. The exceptional potential of General Practice. CRC Press. Boca Raton. 2019

EL DISEÑO DEL MODELO DE ORGANIZACIÓN DE CENTROS

Como ya se indicó el modelo de AP en buena parte de los países europeos surgió en torno a la figura del médico general que trabajaba como profesional independiente, a menudo contratado por el sistema integrado de salud o una aseguradora para dar atención a una lista de pacientes o usuarios adscritos. En ese modelo

era fácilmente aplicable la implantación de innovaciones destinadas a responsabilizar a los clínicos de la gestión de los recursos, cuya experiencia más conocida fue la puesta en marcha de la experiencia de los Médicos Generales Gestores de Presupuesto (GP Fundholder) en Reino Unido. La evaluación del mismo es contradictoria, puesto que si bien parece que durante los primeros años controló

costes derivados de prescripciones y derivaciones al segundo nivel, generó una selección adversa de riesgos, puesto que los pacientes que generaban más gasto podían hacer peligrar la cuenta global de resultados¹²¹. Este modelo sufrió diversas modificaciones desde su implantación en los años 90 del pasado siglo (Total Purchasing Pilot, Clinical Commissioning Group desde 2012) siguiendo el propósito general de hacer a los médicos responsables no solo de la atención clínica sino de la gestión económica de los recursos. Ello no ha sido uniformemente aceptado por los generalistas; por el contrario el exceso de sobrecarga de trabajo no solo clínico sino también gestor ha llevado a incrementar el porcentaje de médicos generales que trabajan a tiempo parcial, e incluso el trabajo como asalariados del NHS en lugar de profesionales independientes, con el argumento de la ganancia en autonomía y reducirían la carga burocrática.

No es esa la experiencia en países donde los médicos de familia son asalariados (como España), donde sin embargo no resulta fácil avanzar en formas de trabajo independiente y no asalariada, mostrando de nuevo la dependencia de senda que genera el contexto de cada país. Allí donde sin embargo se han implantado fórmulas alternativas como en Cataluña los resultados no han sido peores al modelo asalariado. La diversificación del modelo de gestión a través del modelo de cooperativas allí (llamadas Entidades de Base Asociativa o EBA) muestra resultados que se pueden interpretar a favor del mantenimiento o de la ampliación de la aplicación de este modelo de gestión¹²².

En Estados Unidos el desarrollo del Affordable Care Act (Obamacare) supuso la introducción de dos innovaciones organizativas que han tenido amplia difusión: Las ACO (Accountable Care Organizations) y los centros médicos centrados en el paciente (Patient Centered Medical Homes) como modelo de referencia en AP. Éste último es un marco conceptual más que un lugar físico que incorpora desde la filosofía de empoderamiento del paciente hasta el modelo de atención a crónicos de Wagner, muy

centrado en el trabajo en equipo multiprofesional y en el empleo sistemático de herramientas de gestión de la información (desde la historia clínica electrónica a los sistemas de apoyo a la decisión. Los resultados en satisfacción (de usuarios y profesionales), control de costes, reducción del uso de servicios hospitalarios y mejora de la calidad de la atención son prometedores^{123 124}, pero queda por dilucidar si esto es debido al marco estratégico o a la forma de implementación del modelo¹²⁵. Dentro de los instrumentos que emplea cabe resaltar la aplicación de planes personalizados de atención para ciertas condiciones crónicas que parecen mejorar resultados de autocuidado, calidad e indicadores generales de salud autopercibida¹²⁶

Otro aspecto interesante es *comparar el tamaño de los equipos de AP*: en Inglaterra la mayor parte de las 7000 prácticas están constituidas por un solo médico general, y aunque en los últimos años se ha incrementado las prácticas con varios GP, el número rara vez superaba el de 3 para una población de unas 7000 personas. La iniciativa gubernativa para aumentar el tamaño de los equipos (lo que se supone facilitaría el mantenimiento de la continuidad con el mismo centro y podría aumentar la accesibilidad horaria) es el escalamiento de las prácticas de medicina general (working at scale)¹²⁷ a menudo con la construcción de redes de atención entre varias prácticas (integrated network). En Estados Unidos se observa también la tendencia a agrupar las antaño prácticas médicas individuales en grandes equipos, alineados en la estrategia de generación de las Organizaciones que rinden cuentas (Accountable Care Organizations): entre 1983 y 2014, el porcentaje de médicos en centros con menos de 10 médicos se redujo de 80% a 61%, y las prácticas individuales de 44% a 19%. Más de un tercio de los médicos de AP trabajaban en centros con más de 100 en 2015. La alternativa a los pequeños centros pasaría por disponer de servicios compartidos que permitan realizar economías de escala¹²⁸.

Por último otro aspecto interesante es el relativo a la dependencia de los centros de AP: al menos en Estados Unidos los que dependen

de hospital tienen un mayor uso de servicios y prestaciones de bajo valor ¹²⁹.

LA GOBERNANZA EN ATENCIÓN PRIMARIA

De la misma forma que existe amplia bibliografía y experiencias en materia de accesibilidad, continuidad o coordinación, la gobernanza no suele merecer un grado similar de estudio e interés. El trabajo de Tenbensen y Borau¹³⁰ resalta las diferencias en esta materia entre dos países cuyo sistema sanitario se financia a través de impuestos: Dinamarca y Nueva Zelanda. Mientras el primero realiza una gobernanza suave, con escasos mecanismos coercitivos, fundamentalmente a través de sistemas de acreditación, Nueva Zelanda emplea mecanismos de gobernanza mucho más jerárquicos a través del establecimiento de metas y objetivos corporativos y sistemas de incentivación. Nuevamente el contexto es determinante del modelo establecido.

LA MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Escasamente discutible es la necesidad de evaluar el grado de desempeño en materia de APS, como también la ausencia de un instrumento uniformemente aceptado para evaluarlo.

Una iniciativa emergente es la evaluación de resultados en salud, cuyo principal inconveniente es que no mide en exclusividad el desempeño de la APS, ni tan siquiera del sistema sanitario en su conjunto, al intervenir en el mismo desde las condiciones medioambientales hasta la genética o los estilos de vida.

Alternativa a la anterior es la evaluación global de los atributos de la APS: a los modelos desarrollados por el grupo de Starfield en Hopkins (Primary Care Assessment Tool) se han ido añadiendo otros en diferentes contextos: desde el modelo de RISS en Latinoamérica a el desarrollo de MONITOR en Europa o las variaciones sobre modelos RAND en Suiza¹³¹. Todos ellos comparten los atributos esenciales de la AP ya explicitadas. Quizá más importante que el instrumento en sí es la utilidad de

monitorizar los avances y la identificación de oportunidades de mejora.

Dada las múltiples variables de confusión que impiden atribuir específicamente al primer nivel de atención un determinado resultado, las principales aproximaciones a la medición del desempeño de ésta vienen establecidas mediante la evaluación del nivel de resolución de condiciones que deberían ser resueltas en el primer nivel (hospitalizaciones evitables, Condiciones sensibles a la Atención Ambulatoria o ACSC, Preventive Quality Indicators, etc.)

De todos los desafíos comentados algunos de ellos supondrán los hitos fundamentales cuya adecuada respuesta determinará una adecuación real de la APS a la sociedad actual. Y no dependerán esencialmente de nuevas tecnologías. Entre ellos figuran:

- Garantizar el acceso a servicios de APS de calidad adecuada en cualquier lugar a pesar de existir condiciones de aislamiento, distancia, violencia o desarraigo.
- Intervención sobre los determinantes de la salud mediante una adecuada articulación entre la APS, la Salud Pública y las intervenciones en cada una de las políticas de un gobierno.
- Actuación real frente a la ley de cuidados inversos: dar más atención a quien menos la utiliza pero más la necesita.
- Protección de las personas de los riesgos por uso excesivo o inadecuado de servicios sanitarios.
- Participación de la comunidad cuando ésta ha dejado de estar ligada necesariamente a un territorio y se extiende a través de redes virtuales.
- Dar respuesta a cupos de personas de muy diferentes culturas, idiomas, expectativas y valores en materia de salud

- Actuar de testigo y vocero ante las circunstancias y hechos que ponen en peligro la salud de personas y poblaciones.

Probablemente la APS seguirá siendo necesaria cuando se intente aunar beneficios individuales y sociales, atención de calidad individual con reducción de inequidades por razón de nivel de riqueza, geografía o cultura, puesta a disposición de las personas de los últimos avances de la ciencia junto a la protección frente a los excesos de la misma. En definitiva, mientras exista la naturaleza del ser humano.

NOTAS E REFERÊNCIAS

- ¹ Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344; 1129-1133.
- ² Durán, A, Wright S. *Understanding Hospitals in Changing Health Systems*. Palgrave Macmillan.London.2020.
- ³ OMS/UNICEF. *Declaración de Astaná. Global Conference on Primary Health Care*.2018.
- ⁴ Macinko J, Starfield B, Shi L (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *HSR* 38:831-865
- ⁵ Starfield B, Shi L, Macinko J. (2005). The Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly* 83(3):457-502.
- ⁶ Engström S, Foldevi M, Borgquist L. Is general practice effective? A systematic literature review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2001;19:131-144.
- ⁷ Organización Panamericana de la salud. *La renovación de la Atención Primaria de Salud en la Región de las Américas*. WDC.2007.
- ⁸ Organización Mundial de la Salud. *La Atención Primaria de la Salud, más necesaria que nunca*. Ginebra, 2008.
- ⁹ Kringos DS, Boerma W, Hutchinson A, Saltman R. *Building primary care in a changing Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2015
- ¹⁰ Mosquera PA,Hernández J,Vega R,Martínez J, Labonte R,Sanders D,San Sebastián M Primary health care contribution to improve health outcomes in Bogota-Colombia: a longitudinal ecological analysis. *BMC Family Practice* 2012, 13:84.
- ¹¹ Osborn R, D Moulds D, Schneider EC, Doty MM, Squires D,Sarnak DO. *Primary Care Physicians In Ten Countries Report Challenges Caring For Patients With Complex Health Needs*. *Health Affairs* 2015;34:2014-2012.
- ¹² Organisation for Economic Co-operation and Development. *Health care quality indicators—primary care*. <http://www.oecd.org/els/health-systems/hcqi-primary-care.htm>. Published 2018. Accessed November 30, 2019.
- ¹³ Levine DM, Landon BE, Linder JA. Quality and experience of outpatient care in the United States for adults with or without primary care. *JAMA Intern Med*. doi:10.1001/jamainternmed.2018.6716
- ¹⁴ Piérard E. The effect of physician supply on health status:Canadian evidence. *Health Policy* 118 (2014) 56–65
- ¹⁵ Basu S,Berkowitz SA,Phillips RL,Bitton A,Landon BE,Phillips RS. Association of Primary Care Physician Supply With Population Mortality in the United States, 2005-2015. *JAMA Intern Med*. 2019;179(4):506-514. doi:10.1001/jamainternmed.2018.7624
- ¹⁶ Goroll AH. Does Primary Care Add Sufficient Value to Deserve Better Funding?. *JAMA Internal Medicine* 2019;179:372-3.
- ¹⁷ *Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage*.2019 Monitoring Report.Conference Edition.World Health Organization. Geneva.2019.
- ¹⁸ Sanders D,Nandi S,Labonté R,Vance C, Van Damme W. From primary health care to universal health coverage—one step forward and two steps back. *Lancet* 2019;394:619-20.
- ¹⁹ Bilal U,Alazraqui M,Caiaffa WT, Lopez-Olmedo N, Martinez-Folgar K, Miranda JJ. Inequalities in life expectancy in six large Latin American cities from the SALURBAL study: an ecological analysis. *Lancet Planet Health* 2019 (Online).December 10, 2019.[https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(19\)30235-9](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(19)30235-9)

- ²⁰ Wilkinson RG, Pickett K. Desigualdad: un análisis de la in (felicidad) colectiva. Madrid: Turner, 2009.
- ²¹ Wilkinson R, Pickett K. Igualdad: como las sociedades más igualitarias mejoran el bienestar colectivo. Capitan Swiing ed. Madrid. 2019.
- ²² Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, de Souza Noronha KVM, Rocha R et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet* 2019; 394: 345–56
- ²³ Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *N Engl J Med* 2015; 372: 2178–81
- ²⁴ Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health* 2018; 6: e1196–252
- ²⁵ Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005; 83(3): 457–502
- ²⁶ Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. *HSR: Health Services Research* 2003; 38: 831–865.
- ²⁷ .- Kringos DS, Boerma WG, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A, et al. The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Fam Pract.* 2010; 11: 81.
- ²⁸ Allemani C, Weir HK, Carreira H, Harewood R, Spika D, Wang X. Global surveillance of cancer survival 1995–2009: analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). *Lancet* 2015; 385: 977–1010
- ²⁹ Bauman Z. Vlda líquida Paidós ed. Barcelona, 2007.
- ³⁰ Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *NEJM* 2020; Febr. 28. DOI: 10.1056/NEJMoa2002032
- ³¹ Starfield B. New paradigms for quality in primary care. *Br J Gen Pract* 2001 ; 51 : 303-9.
- ³² Smith R. In search of no disease. *Br Med J* 2002; 324: 883-5.
- ³³ Tang H, Kwoon Ng JH. Googling for a diagnosis: use 01 Google as a diagnostic aid: internet based study. *Br Med J* 2006; 333: 1143-5.
- ³⁴ Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology. Oxford University Press, New York. 1998.
- ³⁵ Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Q.* 1966; 44(3)(suppl): 166-206.
- ³⁶ Colling TE, Gunning EJ. Access to general practice in England: political, theoretical, and empirical considerations. *Br J Gen Pract* 2016; DOI: 10.3399/bjgp16X686977
- ³⁷ van Loenen T, van den Berg MJ, Heinemann S, Baker R, Faber MJ, Westert GP. Trends towards stronger primary care in three western European countries; 2006-2012. *BMC Family Practice* 2016; 17: 59
- ³⁸ Guanais F, Regalia F, Pérez-Cuevas F, Anaya M. Desde el paciente: Experiencias de la Atención Primaria de Salud en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo. WDC. 2018
- ³⁹ Hobbs FDR, Bankhead C, Mukhtar T, Stevens S, Perera-Salazar R, Holt T et al. Clinical workload in UK Primary Care: a retrospective analysis of 100 million consultations in England, 2007-14. *Lancet* 2016; 387: 2323-30
- ⁴⁰ Greenfield G, Foley K, Majeed A. Rethinking primary care's gatekeeper role. *BMJ* 2016; 354: i4803
- ⁴¹ Sripa P, Hayhoe B, Garg P, Majeed A, Greenfield G. Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2019; DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp19X702209>

- ⁴² Knottnerus J. Medical Decision Making By General Practitioners and Specialists. *Fam Pract.* 1991;8(4):305-7
- ⁴³ Baird B, Reeve H, Ross S, Honeyman M, Nosa-Ehima M, Sahib B. *Innovative models of general practice.* Kings Fund. London. 2018.
- ⁴⁴ Tudor Hart J. *la economía política de la salud.* Ediciones GPSS Madrid. 2009.
- ⁴⁵ Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ.* 2003;327:1219-21
- ⁴⁶ Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med* 2004;2:445-451.
- ⁴⁷ Bankart MJG, Baker R, Rashid A, Habiba M, Banarjee J, Hsu R et al. Characteristics of general practices associated with emergency admission rates to hospital: a cross-sectional study. *Emerg Med J* 2011;28:558e563
- ⁴⁸ Fung CSC, Wong CKH, Fong DYT, Lee A, Lam CLK. Having a family doctor was associated with lower utilization of hospital-based health services. *BMC Health Service Research* (2015);15:42
- ⁴⁹ White ES, Pereira Gray D, Langley P, Evans PH. Fifty years of longitudinal continuity in general practice: a retrospective observational study. *Family Practice* 2016;33 (2): 148–153
- ⁵⁰ Romano MJ, Segal JB, Pollock CE. The association between continuity of care and the overuse of medical procedures. *JAMA Int Med* 2015;175(7):1148-1154.
- ⁵¹ Reddy A, Pollock CE, Asch DA, Canamucio A, Werner RM. The Effect of Primary Care Provider Turnover on Patient Experience of Care *JAMA Int Med* 2015;175(7):1157-1162
- ⁵² Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open* 2018;8:e021161. doi:10.1136/bmjopen-2017-021161
- ⁵³ Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The Influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLoS ONE* 2014; 9(4): e94207. doi:10.1371/journal.pone.0094207
- ⁵⁴ Jeffers H, Baker M. Continuity of care: still important in modern-day general practice. *Br J Gen Pract* 2016; DOI: 10.3399/bjgp16X686185
- ⁵⁵ Gérvas J, Pané O, Sicras A, Seminario Innovación en Atención Primaria Capacidad de respuesta de la atención primaria y redes de servicios. El caso del Consorci Hospitalari de Catalunya. *Aten Primaria* 2006;38:506-510
- ⁵⁶ Crisp N, Chen L. Global supply of Health Professionals. *N Engl J Med* 2014;370:950-7.
- ⁵⁷ Seminario de Innovación en Atención Primaria. Innovación en la prestación de servicios a domicilio en atención primaria, distribución de funciones y tecnologías. 2013. Disponible en: www.equipocesca.org, (<http://bit.ly/2fPlzZA>).
- ⁵⁸ McDonald, K. M., Sundaram, V., Bravata, D. M., Lewis, R., Lin, N., Kraft, S. A et al. (2007). Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies (Vol. 7: Care Coordination). Stanford University.
- ⁵⁹ Van Leeuwen KM, Bosmans JE, Jansen APD, Hoogendijk EO, Muntinga ME, van Hout HPJ. Cost-Effectiveness of a Chronic Care Model for Frail Older Adults in Primary Care: Economic Evaluation Alongside a Stepped-Wedge Cluster-Randomized Trial. *Journal Am Geriatric Soc* 2015 63:2494–2504.
- ⁶⁰ Minué-Lorenzo S, Fernández-Aguilar C. Visión crítica y argumentación sobre los programas de atención de la cronicidad en Atención Primaria y Comunitaria. *Aten Primaria* 2018;50:114-29
- ⁶¹ Aggarwal M, Williams AP. Tinkering at the margins: evaluating the pace and direction of primary care reform in Ontario, Canada. *BMC Family Practice* 2019;20:128.

⁶² Bodenheimer, T, Ghorob A, Willard-Grace R, Grumbach K. The 10 Building Blocks of High-Performing Primary Care. *Ann Fam Med* 2014;166-171. doi: 10.1370/afm.1616.

⁶³ OPAS. Premio APS Forte para Servicio Unico de Saúde (SUS) Acesso Universal com o cenário internacional da Atenção Primária à Saúde e sugestão de estratégias para fortalecer a APS brasileira. Brasília. 2019.

⁶⁴ Richardson J. King's Fund warns that access must not trump other essential attributes of general practice. *BMJ* 2018;361:k2490 doi: 10.1136/bmj.k2490.

⁶⁵ van den Berga MJ, van Loenena T, Westertc GP. Accessible and continuous primary care may help reduce rates of emergency department use. An international survey in 34 countries. *Family Practice*, 2016;33:42–50

⁶⁶ Panjabi R. No one should die because they live too far from a doctor. TED Talks. April 2017. Consultado em 1/12 en: https://www.ted.com/talks/raj_panjabi_no_one_should_die_because_they_live_too_far_from_a_doctor

⁶⁷ Campbell S M, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar A, Mead N et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ* 2001;323:1–6

⁶⁸ Baker R, Walker N. Extended opening hours in primary care: helpful for patients and—or— a distraction for health professionals? *BMJ Qual Saf* 2017;26:347–349.

⁶⁹ Ford J. Extending opening hours in general practice won't improve access for patients most in need. *BMJ* 2015;350:h1373 doi: 10.1136/bmj.h1373

⁷⁰ Cowling TE, Harris M, Watt H, Soljak M, Richards E, Gunning E. Access to primary care and the route of emergency admission to hospital: retrospective analysis of national hospital administrative data. *BMJ Qual Saf* 2016;25:432–440.

⁷¹ Campbell JL, Fletcher E, Britten N, Green C, Holt TA, Lattimer V, et al. Telephone triage for management of same-day consultation requests in general practice (the ESTEEM trial): a cluster-randomised controlled trial and cost-consequence analysis. *Lancet*. 2014. doi:10.1016/s0140-6736(14)61058-8.

⁷² Murdoch J, Varley A, Fletcher E, Britten N, Price L, Calitri R. Implementing telephone triage in general practice: a process evaluation of a cluster randomised controlled trial. *BMC Family Practice* (2015) 16:47 DOI 10.1186/s12875-015-0263-4

⁷³ Newbould J, Exley J, Ball S, Corbett J, Pitchforth E, Roland M. GPs' and practice staff's views of a telephone first approach to demand management: a qualitative study in primary care. *Br J Gen Pract* 2019; DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp19X702401>

⁷⁴ Wadsworth KH, Archibald TG, Payne AE, Cleary AK, Haney BL, Hoverman AS Shared medical appointments and patient centered experience: a mixed-methods systematic review. *BMC Family Practice* 2019; 20:97

⁷⁵ Jackson M, Jones D, Dyson J, Macleod U. Facilitated group work for people with long-term conditions: a systematic review of benefits from studies of group-work interventions. *Br J Gen Pract*. 2019 May;69(682):e363-e372.

⁷⁶ Crawford J, Cooper S, Cant R, De Souza R. The impact of walk-in centres and GP co-operatives on emergency department presentations: A systematic review of the literature. *Int Emerg Nurs*. 2017 Sep;34:36-42

⁷⁷ Cassel CK. Can retail clinics transform Health care? *JAMA online* 2018; April. E1-2.

⁷⁸ Rosen R. Divided we fail. Nuffield Trust. 2018

⁷⁹ Guthrie B, Mercer SW. Divided we fall: the commodification of primary medical care. *BMJ* 2018;360:k787 doi: 10.1136/bmj.k787

- ⁸⁰ Armfield N, Bradford M and Bradford NK .The clinical use of Skype: for which patients, with which problems and in which settings? A snapshot review of the literature', *International Journal of Medical Informatics* 2012;84(10), 737–42.
- ⁸¹ Eccles A, Hopper M, Turk A, Atherton H. Patient use of an online triage platform: a mixed-methods retrospective exploration in UK primary care. *Br J Gen Pract* 2019; DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp19X702197>
- ⁸² Erickson SM, Rockwern B, Koltov M, McLean RM, for the Medical Practice and Quality Committee of the American College of Physicians. Putting Patients First by Reducing Administrative Tasks in Health Care: A Position Paper of the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2017; 166: 659-661.
- ⁸³ Martin SA, Sinsky CA. The map is not the territory: medical records and 21st century practice. *Lancet* 2016; 388: 2053–56.
- ⁸⁴ Lee TH, Bodenheimer T, Goroll AH, Starfield B, Treadway K. Redesigning Primary Care. *N Engl J Med* 2008; 359:e24
- ⁸⁵ Meyers DJ, Chien AT, Nguyen KH, Li Z, Singer SJ, Rosenthal MB. Association of Team-Based Primary Care With Health Care Utilization and Costs Among Chronically Ill Patients. *JAMA Intern Med.* 2019;179(1):54-61. doi:10.1001/jamainternmed.2018.5118
- ⁸⁶ NHS England. General practice forward view. 2016. <https://www.england.nhs.uk/ourwork/gpfov/>
- ⁸⁷ Bodenheimer T. Anatomy and Physiology of Primary Care Teams. *JAMA Int Med* 2019;179:61-2
- ⁸⁸ Peters AL. The Changing Definition of a Primary Care Provider. *Ann Intern Med* 2018;169:875-6.
- ⁸⁹ Mafi JN, Wee CC, Davis RB, Landon BE. Comparing Use of Low-Value Health Care Services Among U.S. Advanced Practice Clinicians and Physicians. *Ann Intern Med.* 2016;165:237-244. doi:10.7326/M15-2152
- ⁹⁰ Jackson GL, Smith VA, Edelman D, Woolson SL, Hendrix CC, Everett CM, et al. Intermediate diabetes outcomes in patients managed by physicians, nurse practitioners, or physician assistants. A cohort study. *Ann Intern Med.* 2018;169:825-35. doi:10.7326/M17-1987
- ⁹¹ Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;7:CD001271. [PMID: 30011347] doi:10.1002/14651858.CD001271.pub3
- ⁹² Drennan VM, Halter M, Joly L, et al. Physician associates and GPs in primary care: a comparison. *Br J Gen Pract* 2015;e344-50. <http://bjgp.org/content/65/634/e344>.
- ⁹³ Silverston P. Time for a new approach? The primary care practitioner. *Br J Gen Pract* 2019; Jan:36-7. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp19X700589>
- ⁹⁴ Gervas J, Starfield BH, Violán C, Minué S. General Practitioners with Special interests: unanswered questions. *Br J Gen Pract* 2007; 57:912-917
- ⁹⁵ Hindi AMK, Schafheutle EI, Jacobs S. Community pharmacy integration within the primary care pathway for people with long-term conditions: a focus group study of patients', pharmacists' and GPs' experiences and expectations. *BMC Family Practice* 2019;20:26.
- ⁹⁶ Hayhoe B, Cespedes JA, Foley K, Majeed A, Ruzangi J, Greenfield G. Impact of integrating pharmacists into primary care teams on health systems indicators: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2019;69(687):e665-e674. doi: 10.3399/bjgp19X705461.
- ⁹⁷ He J, Irazola V, Mills KT, Poggio R, Beratarrechea A, Dolan J et al. Effect of a Community Health Worker–Led Multicomponent Intervention on Blood Pressure Control in Low-Income Patients in Argentina: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2017;318(11):1016-1025. doi:10.1001/jama.2017.11358
- ⁹⁸ Kangovi S, Mitra N, Norton L, Harte R, Zhao X, Carter T et al. Effect of Community Health Worker Support on Clinical Outcomes of Low-Income Patients Across Primary Care Facilities: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2018;178(12):1635-1643. doi:10.1001/jamainternmed.2018.4630

- ⁹⁹ Basu S, Jack HE, Arabadjis SD, Phillips RS. Benchmarks for Reducing Emergency Department Visits and Hospitalizations Through Community Health Workers Integrated Into Primary Care: A Cost-Benefit Analysis. *Med Care* 2017;55: 140–147
- ¹⁰⁰ Graddy R, Fingerhood M. How Community Health Workers Can Affect Health Care. *JAMA Int Med* 2018;178:1643-4.
- ¹⁰¹ Minué S, Solas O, de Manuel E. Situación y futuro de la Atención primaria. En: Informe SESPAS 2002. Granada.
- ¹⁰² Stevens JP, Nyweide DJ, Maresh S, Hatfield LA, Howell MD, Landon BE. Comparison of hospital resource use and outcomes among hospitalists, primary care physicians, and other generalists. *JAMA Intern Med*. doi:10.1001/jamainternmed.2017.5824
- ¹⁰³ Willett LL, Landefeld CS. The Costs and Benefits of Hospital Care by Primary Physicians: Continuity Counts. *JAMA Int med* 2017;177:1789-1790
- ¹⁰⁴ Smeele P, Kroese ME, Spreeuwenberg MD, Ruwaard D. Substitution of hospital care with Primary Care Plus: differences in referral patterns according to specialty, specialist and diagnosis group. *BMC Family Practice* 2019;20:81. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0961-4>.
- ¹⁰⁵ Wåhlberg H, Valle PC, Malm S, Broderstad AR. Impact of referral templates on the quality of referrals from primary to secondary care: a cluster randomised trial. *BMC Health Services Research* 2015;15:353. DOI 10.1186/s12913-015-1017-7.
- ¹⁰⁶ van der Velden T, Schalk BWM, Harmsen M, Adriaansens G, Schermer TR, ten Dam MA. Implementation of web-based hospital specialist consultations to improve quality and expediency of general practitioners' care: a feasibility study. *BMC Family Practice* 2019;20:73. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0960-5>
- ¹⁰⁷ Poon EG1, Wright A, Simon SR, Jenter CA, Kaushal R, Volk LA. Relationship between use of electronic health record features and health care quality: results of a statewide survey. *Med Care*. 2010;48(3):203-9. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181c16203.
- ¹⁰⁸ Sinsky MD, Colligan MD, Ling L, Prgomet M, Reynolds S, Goeders L, et al. Allocation of physician time in Ambulatory Practice: A time and motion study in 4 specialties. *Ann Intern Med*. 2016;165:753-60
- ¹⁰⁹ Shortell SM, Kaluzny AD (1994). *Health Care Management: Organization Design and Behaviour*, 3rd edition, Albany, NY: Delmar,
- ¹¹⁰ Feachem RGA, Sekhri NK, White KL. (2002). Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ* 324:135-43.
- ¹¹¹ Gostin LO (2012). The Supreme Court's Historic Ruling on the Affordable Care Act Economic Sustainability and Universal Coverage. *JAMA*, 308:571-2.
- ¹¹² Nolan T. Primary care networks are coming. *BMJ* 2019;365:l1916 doi: 10.1136/bmj.l1916
- ¹¹³ Pan American Health Organization (2011). *Integrated Health Service Delivery Networks: Concepts, Policy Options and a Road Map for Implementation in the Americas*. Washington, D.C.: PAHO.
- ¹¹⁴ McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft SA, et al. Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies. *Care Coordination* vol 7. Technical Review 9. (AHRQ Publication No. 04(07)-0051-7.) Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; June 2007.
- ¹¹⁵ Oxman A, Bjorndal A, Flottorp SA, Lewin S, Lindahl AK. (2008). *Integrated Health Care for People with Chronic Conditions. A Policy Brief*. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.
- ¹¹⁶ Fair Society, Healthy Lives. *The Marmott Review*. Institute of Health Equity. 2010
- ¹¹⁷ Lee C, Chang CS, Du PL. Do healthier lifestyles lead to less utilization of healthcare resources? *BMC Health Services Research* (2017) 17:243 DOI 10.1186/s12913-017-2185-4

¹¹⁸ Carnes D, Sohanpal R, Frostick C, Hull S, Mathur R, Netuveli G. The impact of a social prescribing service on patients in primary care: a mixed methods evaluation. *BMC Health Services Research* 2017;17:835 DOI 10.1186/s12913-017-2778

¹¹⁹ Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, Farley K, Wright K. Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open* 2017;7:e013384. doi:10.1136/bmjopen-2016-013384

¹²⁰ The NHS long-term plan. NHS. London. 2019

¹²¹ Coulter A. Evaluating general practice fundholding in the United Kingdom. *European Journal of Public Health*, 1995;5 :233–239,

¹²² Ballart X, Galais C. ¿Gestión pública, privada o por el tercer sector? Diferencias en los resultados en atención primaria de Cataluña. *Aten Primaria*. 2019;51(10):610–616

¹²³ Friedberg MW, Rosenthal MB, Werner RM, Volpp KG, Schneider EC. Effects of a Medical Home and Shared Savings Intervention on Quality and Utilization of Care. *JAMA Intern Med*. 2015;175(8):1362-1368. doi:10.1001/jamainternmed.2015.2047

Mark W. Friedberg, MD, MPP; Meredith B. Rosenthal, PhD; Rachel M. Werner, MD, PhD;

Kevin G. Volpp, MD, PhD; Eric C. Schneider, MD, MSc

¹²⁴ Jackson GL, Powers BJ, Chatterjee R, Bettger JP, Kemper AR, Hasselblad V et al. Improving patient care: the patient centered medical home: a systematic review. *Ann Intern Med* 2013;158(3):169-178.

¹²⁵ Jackson GL, Williams JW. Does PCMH “Work”?—The Need to Use Implementation

¹²⁶ Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, Ryan S, Shepperd S, Perera R. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(3): CD010523.

¹²⁷ Forbes LJJ, Forbes H, Sutton M, Checkland K, Peckham S. How widespread is working at scale in English general practice? An observational study. *Br J Gen Pract* 2019; DOI:https://doi.org/10.3399/bjgp19X705533

¹²⁸ Khullar D, Burke GC, Casalino LP. Can Small Physician Practices Survive? Sharing Services as a Path to Viability *JAMA* 20118;319:1321-2

¹²⁹ Mafi JN, Wee CC, Davis RB, Landon BE. Association of Primary Care Practice Location and Ownership With the Provision of Low-Value Care in the United States. *JAMA Intern Med*. 2017;177(6):838-845. doi:10.1001/jamainternmed.2017.0410

¹³⁰ Tenbensen T, Burau V. Contrasting approaches to primary care performance governance in Denmark and New Zealand. *Health Policy* 2017;121:853–861

¹³¹ Ebert ST, Pittet V, Cornuz J, Senn N. Development of a monitoring instrument to assess the performance of the Swiss primary care system. *BMC Health Services Research* 2017; 17:789.