

Sistemas de Salud Orientados a la APS

Cuál es la Evidencia?

Prof. Dr. Adolfo Rubinstein
Presidente Regional
Wonca-Iberoamericana-CIMF

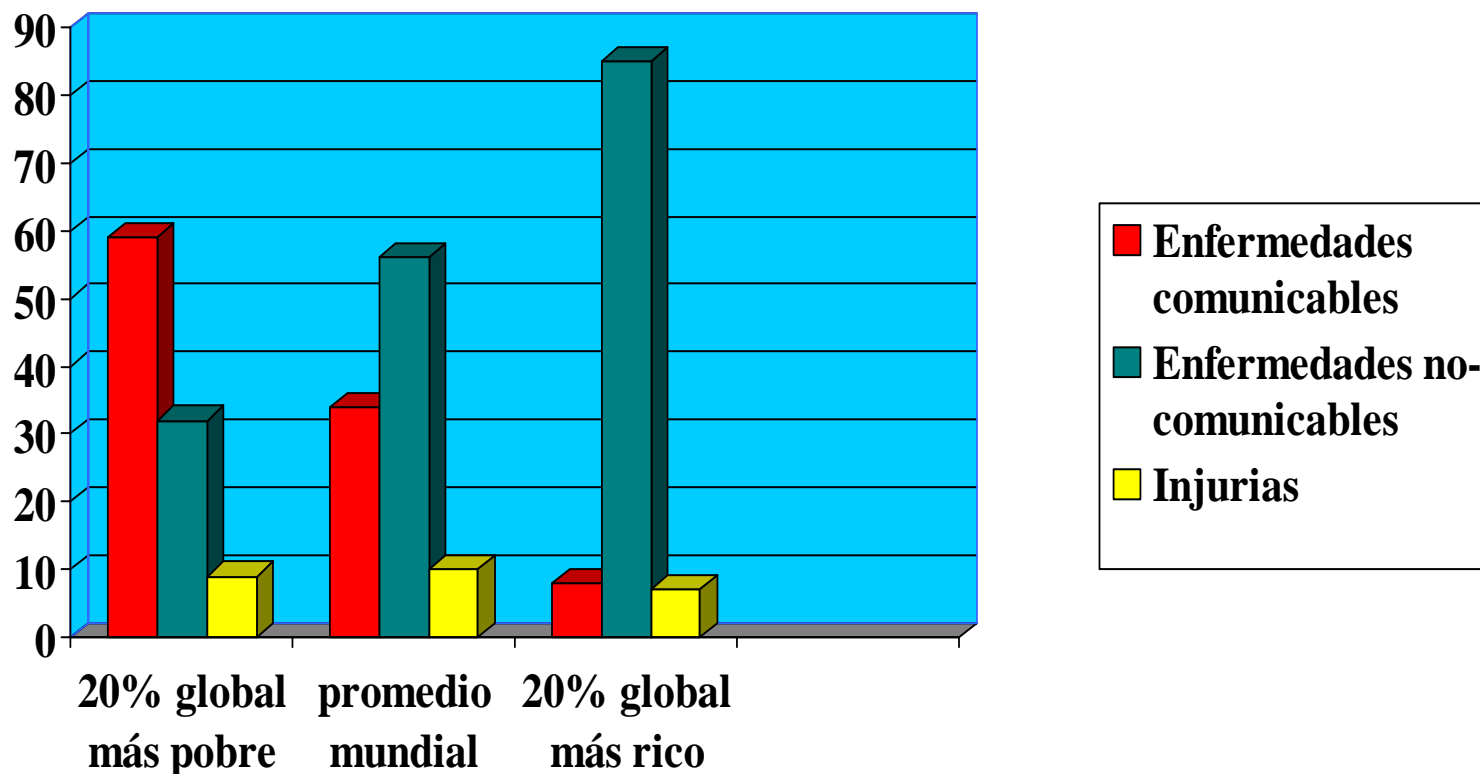


**Jornadas del Sindicato Médico del
Uruguay.
Solís, ROU. 21-23 de abril de 2006**



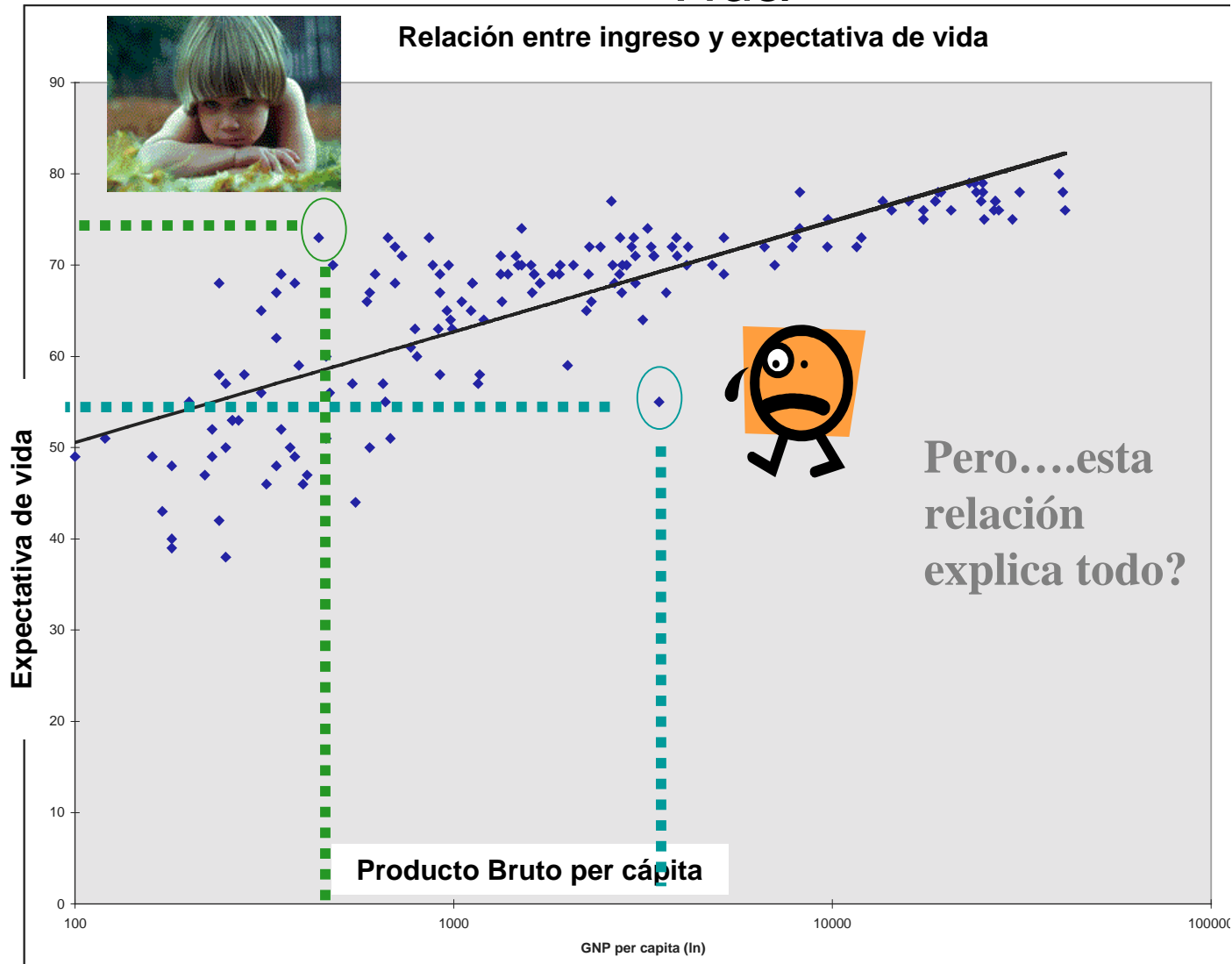
GLOBALIZACION, INEQUIDAD Y ENFERMEDAD EN EL MUNDO

% de muertes totales en cada grupo

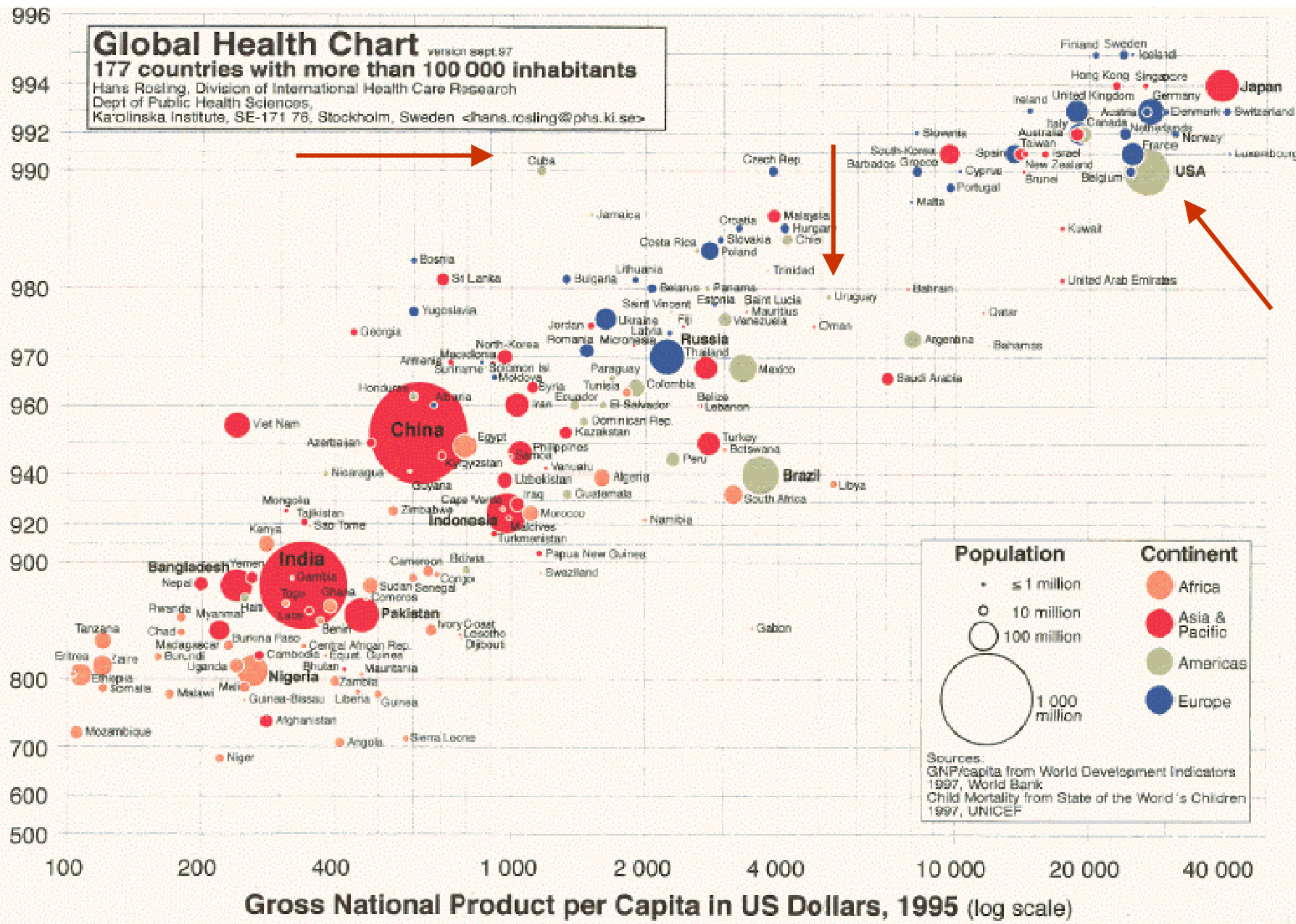


Fuente: Gwatkin y col. The burden of disease among the global poor. The Lancet 1998

Existe Relación entre Ingreso y Expectativa de Vida



Children surviving up to 5 years of age per 1000 live births, 1995
 ("Under-five mortality rate" on log scale expressed as "survival rate")



Objetivos deseables de un sistema de Salud

- Optimizar la salud de la población empleando el más avanzado estado del conocimiento disponible
- Minimizar las disparidades entre subgrupos poblacionales de forma tal que los beneficios lleguen a todos por igual

Atención Primaria de la Salud (Declaración de Alma-Ata, OMS 1978)

“La Atención Primaria de la Salud” es el cuidado esencial de la salud basado en métodos prácticos, científicamente sólidos y socialmente aceptables, y tecnología universalmente accesible para los individuos y las familias de la comunidad, a través de su participación total y a un costo al que la comunidad y el país puedan acceder. Forma parte integral tanto del sistema de salud del país, del que constituye su función central y el foco principal, como del desarrollo social y económico de la comunidad”

Valores, Principios y Elementos esenciales de un Sistema de Salud Basado en la APS

Valores	Principios	Elementos
Derecho al Mejor nivel de salud posible	<p>Dar respuesta a las necesidades de salud de la población</p> <p>Orientación hacia la calidad</p>	<p>Acceso y cobertura universal</p> <p>Atención Integral e Integrada</p> <p>Énfasis en prevención y promoción</p> <p>Primer contacto</p> <p>Cuidado apropiado</p>
Equidad	<p>Responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos</p> <p>Justicia social</p> <p>Sustentabilidad</p>	<p>Base familiar y comunitaria</p> <p>Mecanismos de participación activa</p> <p>Organización y gestión óptimas</p> <p>Políticas y programas pro-equidad</p> <p>Recursos humanos apropiados</p>
Solidaridad	<p>Participación</p> <p>Intersectorialidad</p>	<p>Recursos adecuados y sostenibles</p> <p>Acciones intersectoriales</p>

La Organización del Sistema de Salud define su eficiencia y equidad

- **Impulsores del aumento del Gasto en Salud:**
- Alto número de médicos y de especialistas
- Pago por Prestación
- Autoderivación de los pacientes al especialista
- Ausencia de regulación y/o certificación para la práctica de las especialidades
- Alta dependencia de los especialistas para la práctica de la Atención Primaria

Mix médico, Acceso y Cobertura

	% MAP	Tipo de médico que hace AP	Acceso al especialista	Seguro de Salud
España	40%	MF/PG	Sólo por derivación del MAP	Universal
Canadá	52%	MF	Por derivación del generalista o libre decisión del usuario pero el esp. cobra menos la consulta	Universal
Reino Unido	60%	MF	Sólo por derivación del MAP	Universal
USA	40%	MF/IG/PG/ESP	Por derivación del generalista (HMO's) o libre decisión del usuario	84%
Argentina	30%	ESP/PG/IG/MF	Por libre decisión del usuario o por derivación del MAP	60%

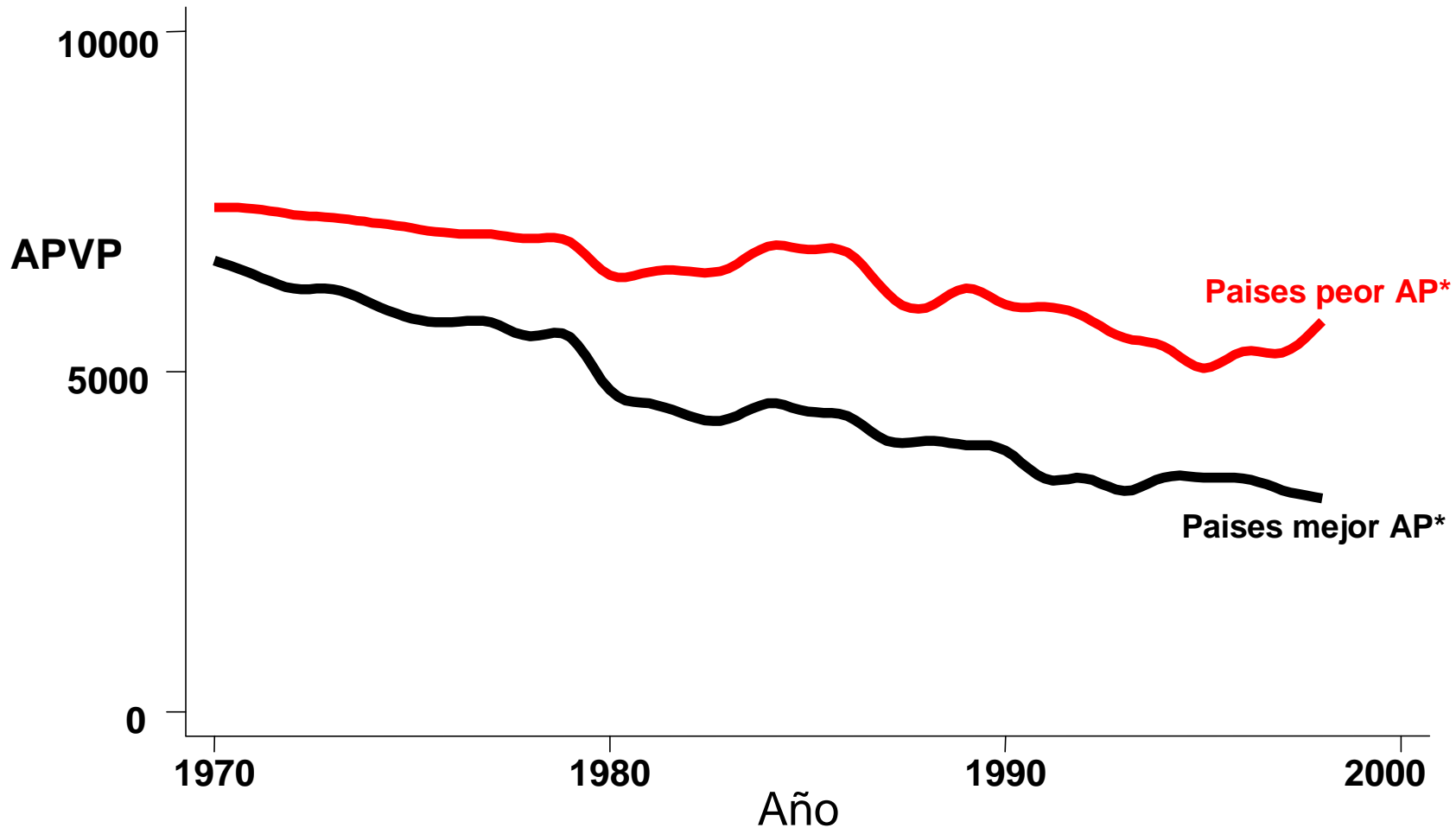
APS: cuál es la Evidencia?

- Mejores resultados
- Menores Costos
- Mayor equidad

Puntaje medio para los indicadores de salud infantil, por países agrupados según la orientación hacia la atención primaria

	Bajo peso al nacer (1993)	Mortalidad neonatal (1993)	Mortalidad postneonatal (1993)	Mortalidad infantil (1996)
Peor atención primaria (Bélgica, Francia, Alemania, EUA)	9.5	7.8	11.5	8.8
Mejor atención primaria (Australia, Canadá, Japón, Suecia, Dinamarca, Finlandia, Holanda, España, Reino Unido)	5.9	6.7	5.0	6.2

Puntaje de Atención Primaria y Mortalidad Prematura en 18 países de la OCDE

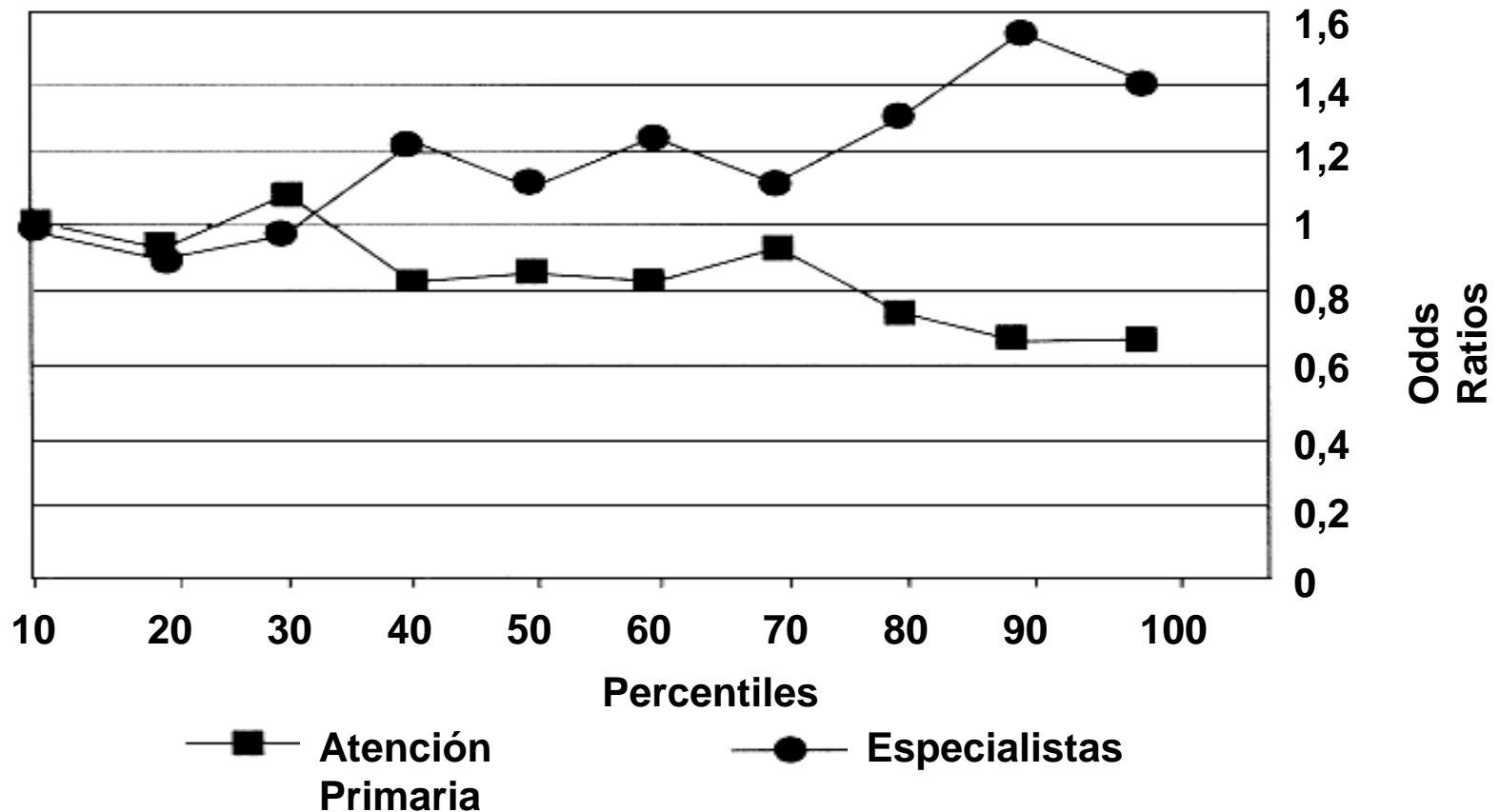


* APVP (ambos sexos) estimado por efectos fijos, empleando el diseño de series de tiempo de corte seccional unidas. Análisis controlado por PIB, porcentaje de personas mayores, médicos per cápita, ingreso promedio, y consumo de alcohol y tabaco. $R^2(\text{por dentro})=0.77$.

APS y Cáncer ginecológico

- Cáncer de cuello Uterino: las tasas de incidencia de estadios avanzados son menores en regiones con mayor número de médicos de familia, no guardando relación con el número de especialistas en ginecología-obstetricia
- Cáncer de Mama: La tasa de detección precoz del cáncer de mama es mayor cuando existe mayor disponibilidad de MAP's. Cada incremento de 10% en su disponibilidad se asocia con un incremento de 4% en la probabilidad de un diagnóstico temprano

Disponibilidad de médicos de primaria y especialistas y riesgo de diagnóstico de cáncer colorectal avanzado



Odds Ratios ajustados para Hipertensión severa no controlada de acuerdo a varios Factores de Riesgo

Factor de Riesgo	No. de Pacientes	Odds Ratio (95% CI)	Valor de P
Ausencia de Médico de APS	204	4.4 (2.2-8.9)	<0.001
Ausencia de Seguro de Salud	204	2.2(1.0-4.6)	0.04
Falta de adherencia	199	2.0 (1.5-2.7)	<0.001
Alcoholismo	204	2.2 (0.8-6.3)	0.14
abuso de drogas ilegales	204	1.3 (0.5-3.6)	0.60

Factores Asociados a la mortalidad intrahospitalaria, Inglaterra (Hospitales del NHS),

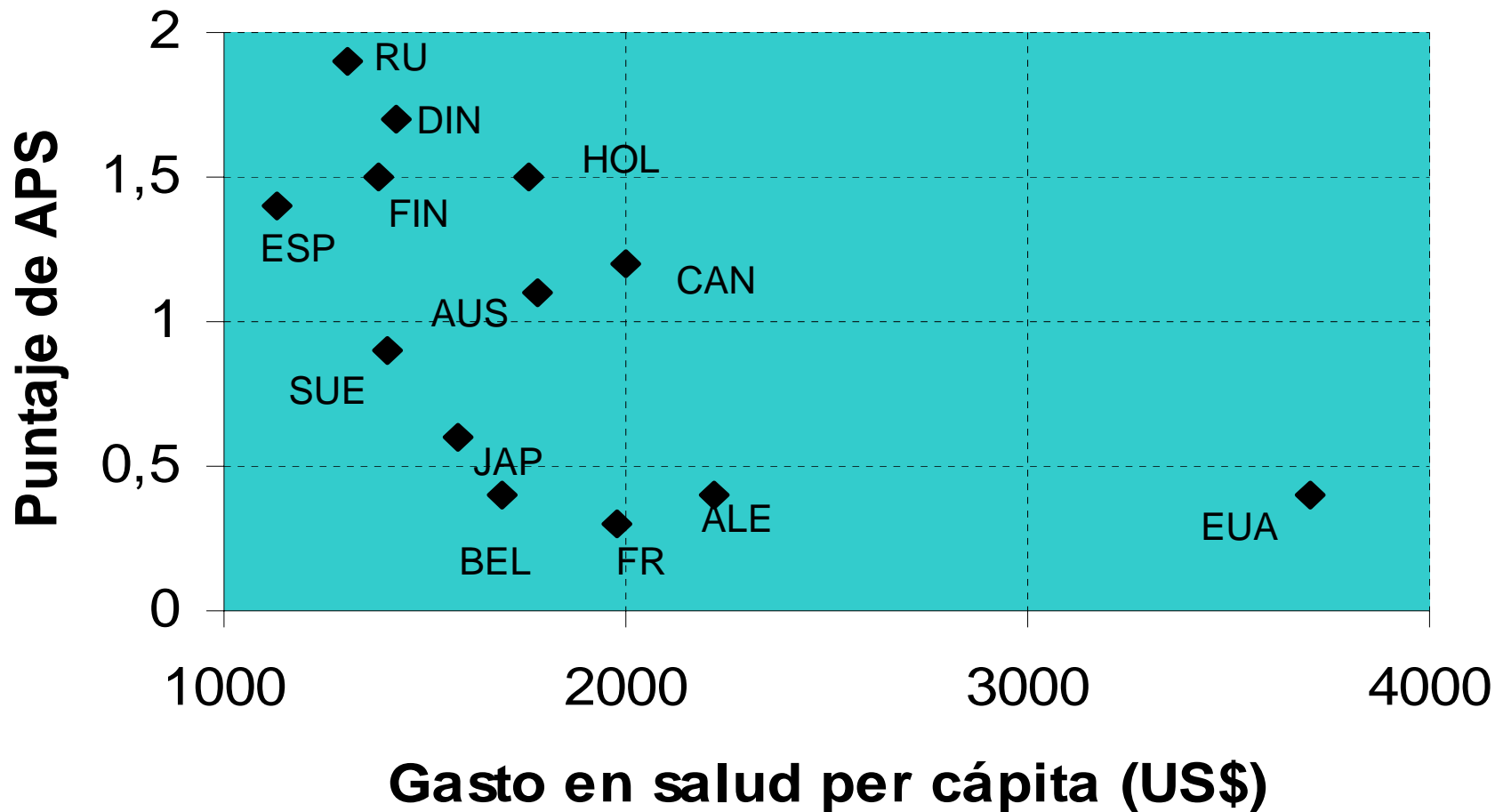
Coeficiente de Regresión

% de casos admitidos en la emergencia	0.58
# médicos del hospital/100 camas	-0.47
# MF/100,000 personas	-0.67
% pacientes con comorbilidades	1.51

APS: cuál es la Evidencia?

- Mejores resultados
- Menores Costos
- Mayor equidad

Puntaje en APS y Gasto en Salud (OCDE, 1997)



Gasto en salud y Mortalidad (seguimiento a 5 años: Estados Unidos, 1987-92

- Adultos (25 años y más) con médico de APS en lugar de especialista como médico de cabecera:
 - tuvieron costos de atención 33% menores
 - fue 19% menos probable que se murieran (después de controlar por edad, sexo, tabaquismo, estado de salud percibido y 11 condiciones de salud mayores)

APS: cuál es la Evidencia?

- Mejores resultados
- Menores Costos
- Mayor equidad

Distribución de Gasto Público en Salud en países con PIB per cápita similar y mortalidad menores de 5 años, 1995

Relación*: porcentaje de gasto público en salud dirigido al 20% más pobre vs. 20% más rico de la población				
Baja Mortalidad Infantil		Alta Mortalidad Infantil		Niños perdidos adicionales por cada 1000
Sri Lanka	1.1	Costa de Marfil	0.3	150
Malasia	2.6	Brasil	0.4	45
Costa Rica	2.1	Sud Africa	0.9	55
Jamaica	3.3	Ecuador	0.2	25
		India	0.3	50

*Relación de uno o más significa mayor proporción del gasto gubernamental dirigido al segmento más pobre de la población. (B. Starfield 2005)

Fuente: Calculado del Karolinska Institute, Global health chart, www.whc.ki.se/index.php. Victora et al, Lancet 2003; 362:233-241. Castro-Leal et al, Bull World Health Organ 2000; 78:66-74. Carr. Improving the Health of the World's Poorest People. Population Health Bureau, 2004.

Atención Primaria, Atención Hospitalaria y Equidad

- Los servicios públicos son usados más por los ricos que por los pobres
- Un estudio en 11 países sobre la distribución de beneficios en función de la distribución del gasto público y las tasas de uso, demostró que el quintilo superior de ingresos recibía >30% de los beneficios (WB, 1998)
- Este sesgo pro-ricos es debido al uso desproporcionado de servicios hospitalarios
- La distribución de servicios de Atención Primaria es siempre más beneficiosa para los pobres que para los ricos

En términos globales, los países que logran mejores niveles de salud

- Se orientan hacia la atención primaria
- Tienen una distribución más equitativa de recursos
- Tienen servicios o seguros de salud de alta calidad brindados por el Estado
- Tienen poco desarrollado los seguros privados
- Pocos co-pagos en puntos de servicio

APS selectiva

- **Muchas de las iniciativas y programas en APS en Latino américa han fallado parcialmente por:**
 - Financiamiento inadecuado y poco sustentable
 - Profesionales con poco tiempo para tareas preventivas y comunitarias
 - Entrenamiento y equipamiento insuficiente
 - Mala calidad de los cuidados
 - Más atención “primitiva” que “primaria”, particularmente cuando la APS se limitaba a los pobres y sólo a los servicios básicos.
 - Programas verticales destinados sólo a los grupos más vulnerables

APS para toda la población (sistemas de salud orientados a la APS)

- **Características Sistémicas**

- Regulación de la APS
- Financiamiento
- Tipo de MAP
- Porcentaje de médicos que son MAP
- Remuneración de los MAP en relación a los especialistas
- Aranceles para servicios de APS
- Población definida a cargo de MAP

- **Características de la práctica clínica**

- Primer contacto
- Longitudinalidad
- Integralidad
- Coordinación
- Abordaje familiar
- Orientación Comunitaria

APS inserta como nivel central del sistema de salud

APS en Latinoamérica: Reformas orientadas a la APS

- **Argentina**
 - Sector público provincial
 - Seguridad social
 - Sector Privado
- **Brasil**
 - Sector público (PSF)
- **Chile**
 - Sector público
- **Cuba**
 - Sistema Nacional de Salud
- **Costa Rica**
 - Seguridad Social
- **México**
 - Seguridad Social
- República Dominicana
 - Seguridad Social

Uruguay?

RRHH: Qué ocurre con la formación de Médicos de Atención Primaria en Latinoamérica?

- ☞ Reformas de los sistemas de salud en varios países de la región priorizando la Atención Primaria.
- ☞ Mayor demanda de Médicos de Familia
- ☞ Insuficiente número de especialistas en Medicina Familiar
- ☞ Alto número de Médicos Generales.
- ☞ Pobre respuesta a la demanda por parte de las Residencias de Medicina Familiar.

Distribución de los MAP por especialidad en Latino América

País/Tipo de MAP (%)	MG	MF	PED	MI	GIN/OBS
Argentina	30	10	20	25	15
Bolivia	52	6	16	5	20
Chile	95	0.5	2	1.5	1
Colombia	57	0.5	12	19	10
Costa Rica	95	2	2	0	0
Cuba	0	88	3	3	3

Medicina Familiar en la Educación de grado en Iberoamérica

País	# Escuelas de Medicina	#Departamento de MF	# Curso obligatorio de MF	# Curso opcional de MF
Argentina	23	2	6	5
Bolivia	9	0	0	0
Chile	12	4	0	0
Colombia	42	3	9	3
Costa Rica	7	1	4	0
Cuba	21	21	21	0
España	27	0	0	1
México	59	2	0	2
Portugal	5	4	4	0
Venezuela	8	8	2	0

Distribución de Programas de Residencia de Medicina Familiar en Iberoamérica

País	# Programas de Residencia	# de vacantes en 1er año	Duración (en años)	# estimado de graduados
Argentina	98	400	3	3,000
Brasil	45	200	2	1,000
Chile	7	50	3	100
Colombia	5	35	3	150
Cuba	52	3,000	3	30,000
Rep. Dominicana	3	13	3	144
España	98	1750	3	18,000
México	32	914	3	22,000
Venezuela	11	76	3	1,334

Fuente: Documento Técnicos de Reunión IB Certificación Profesional y Acreditación de Programas de en MF. CIMF y OPS/OMS. Isla Margarita, Venezuela. Noviembre de 2003

Medicina Familiar

- La Medicina Familiar es la especialidad clínica que se ocupa de mantener la salud a través de la promoción y la prevención, y resolver los problemas de salud frecuentes de los individuos, familias y comunidades, independientemente de la edad, sexo u órgano o sistema afectado. Es también la especialidad que integra en profundidad las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta.

Medicina Familiar



‘ . . . Es el cuerpo de conocimientos, habilidades y actitudes que se necesitan para proveer cuidados primordiales, continuos, personalizados e integrales a los individuos, sus familias y la comunidad’



“Los principios de la Medicina Familiar son universales mientras que su práctica variará de lugar en lugar de acuerdo a las necesidades locales”

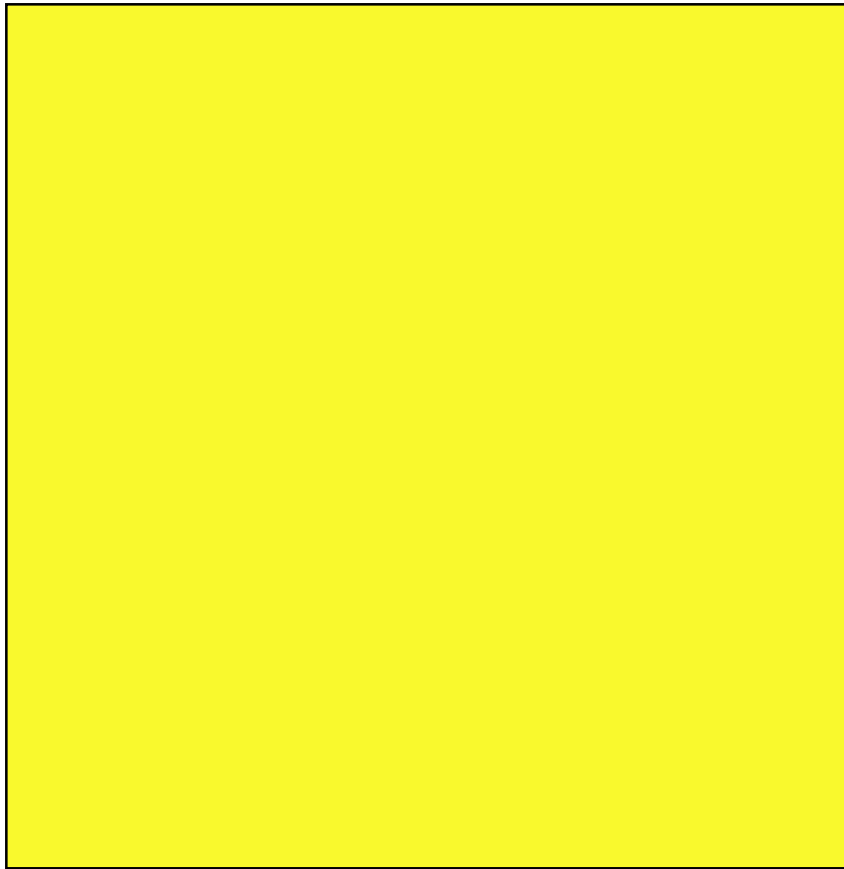
Jack H. Medalie



“un médico de familia bien entrenado puede manejar bien la mayoría de los problemas, que la mayoría de la gente tiene, la mayor parte del tiempo”

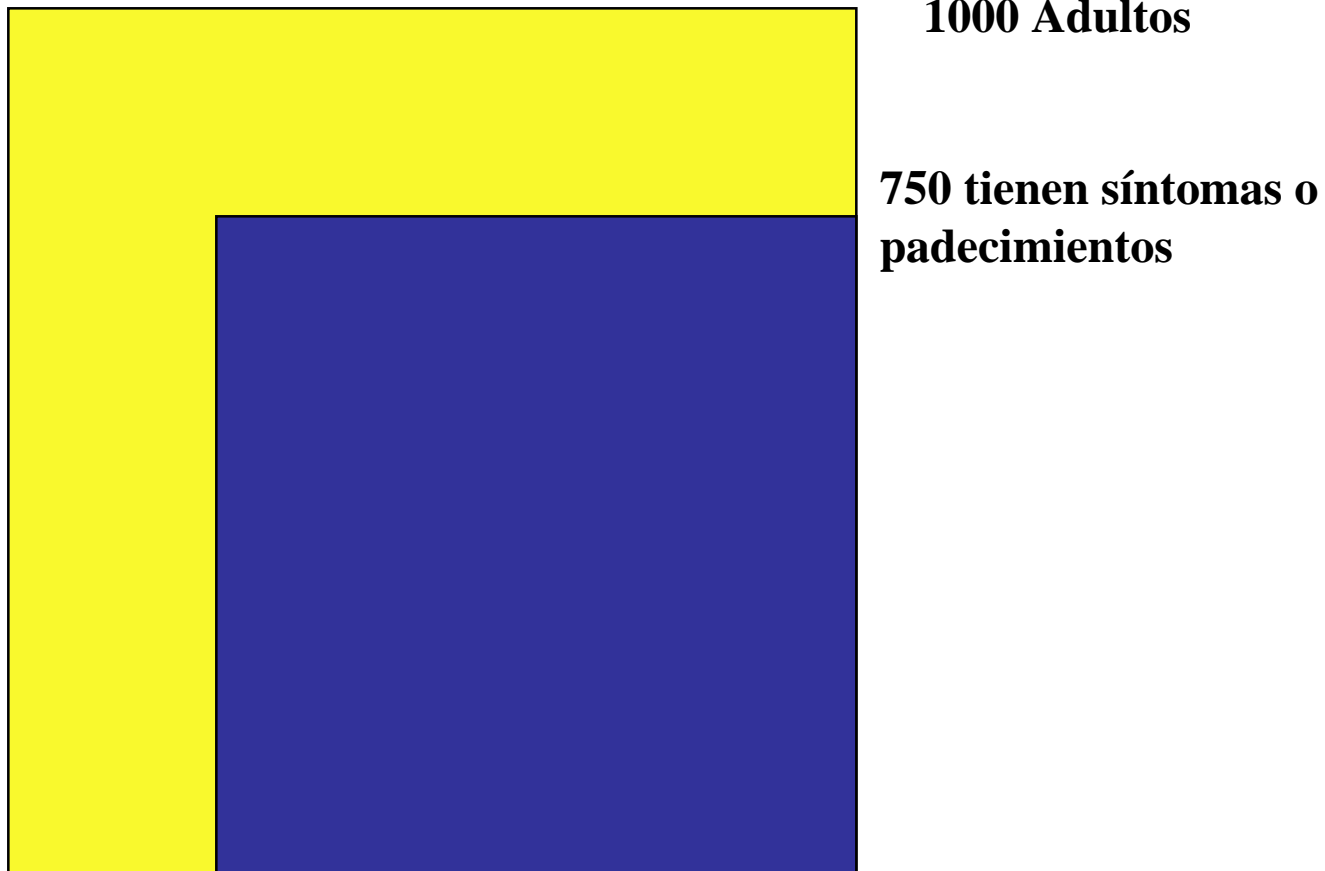
Profesor David Metcalfe

Utilización de Servicios de Salud

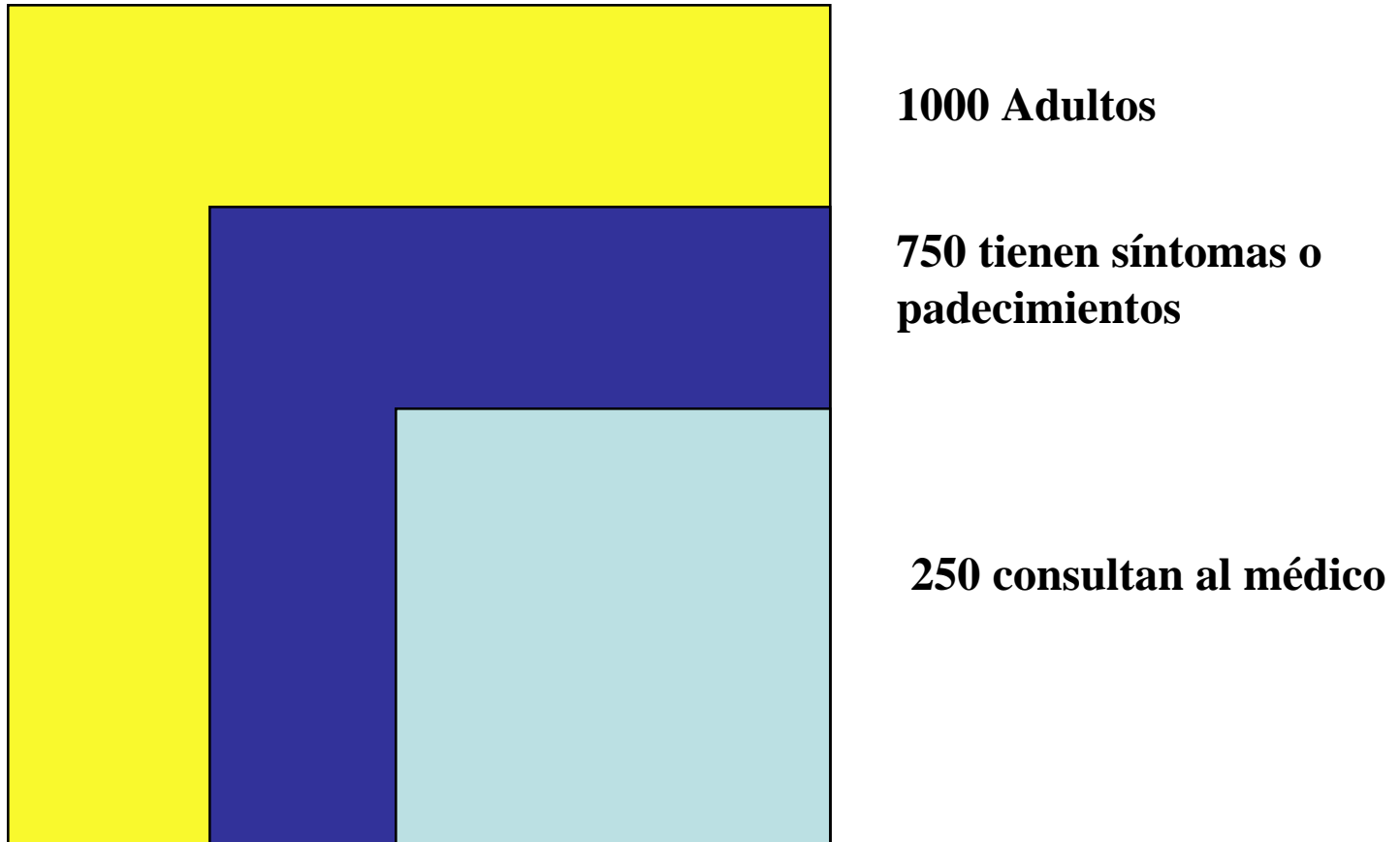


1000 Adultos

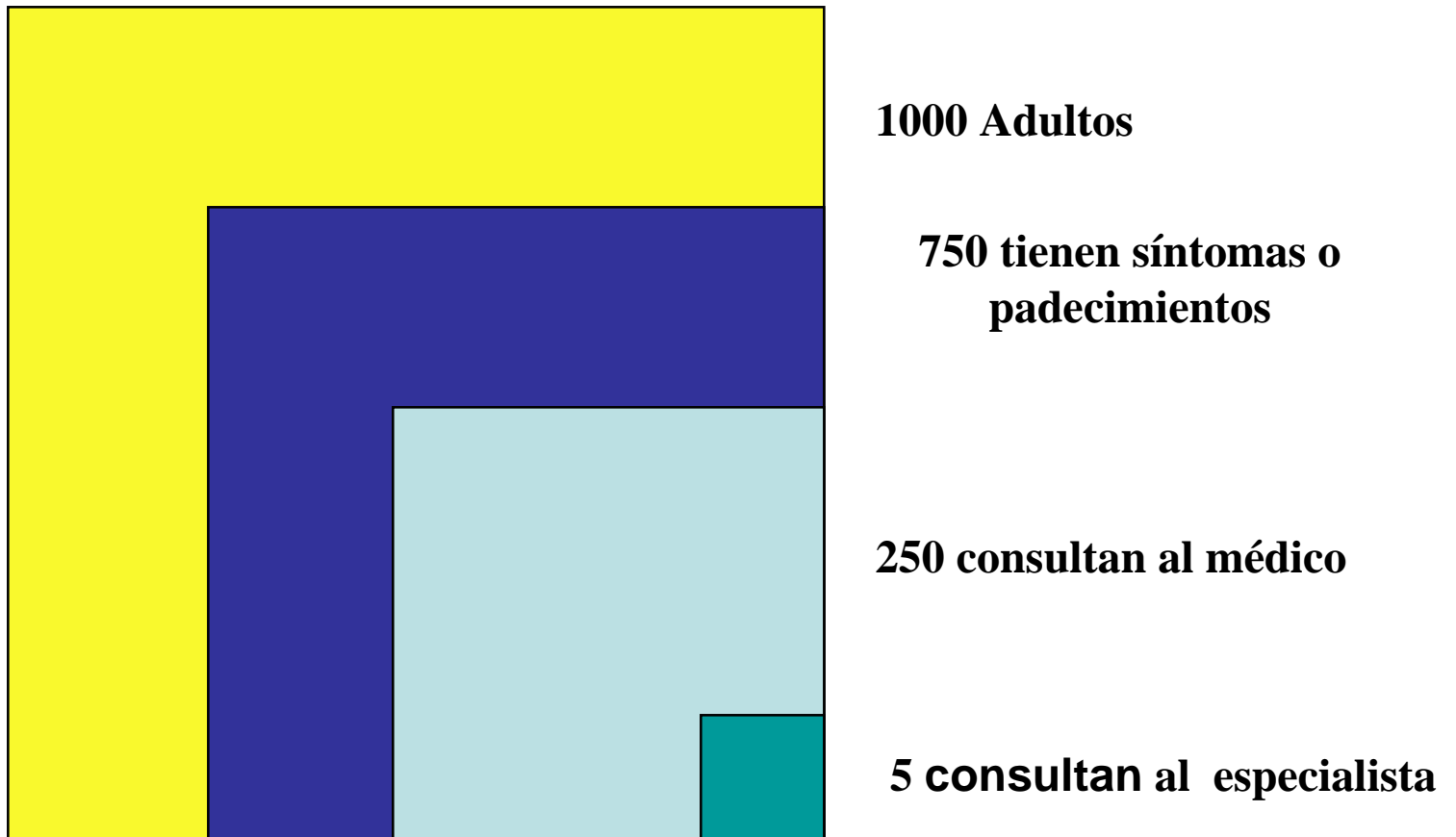
Utilización de Servicios de Salud



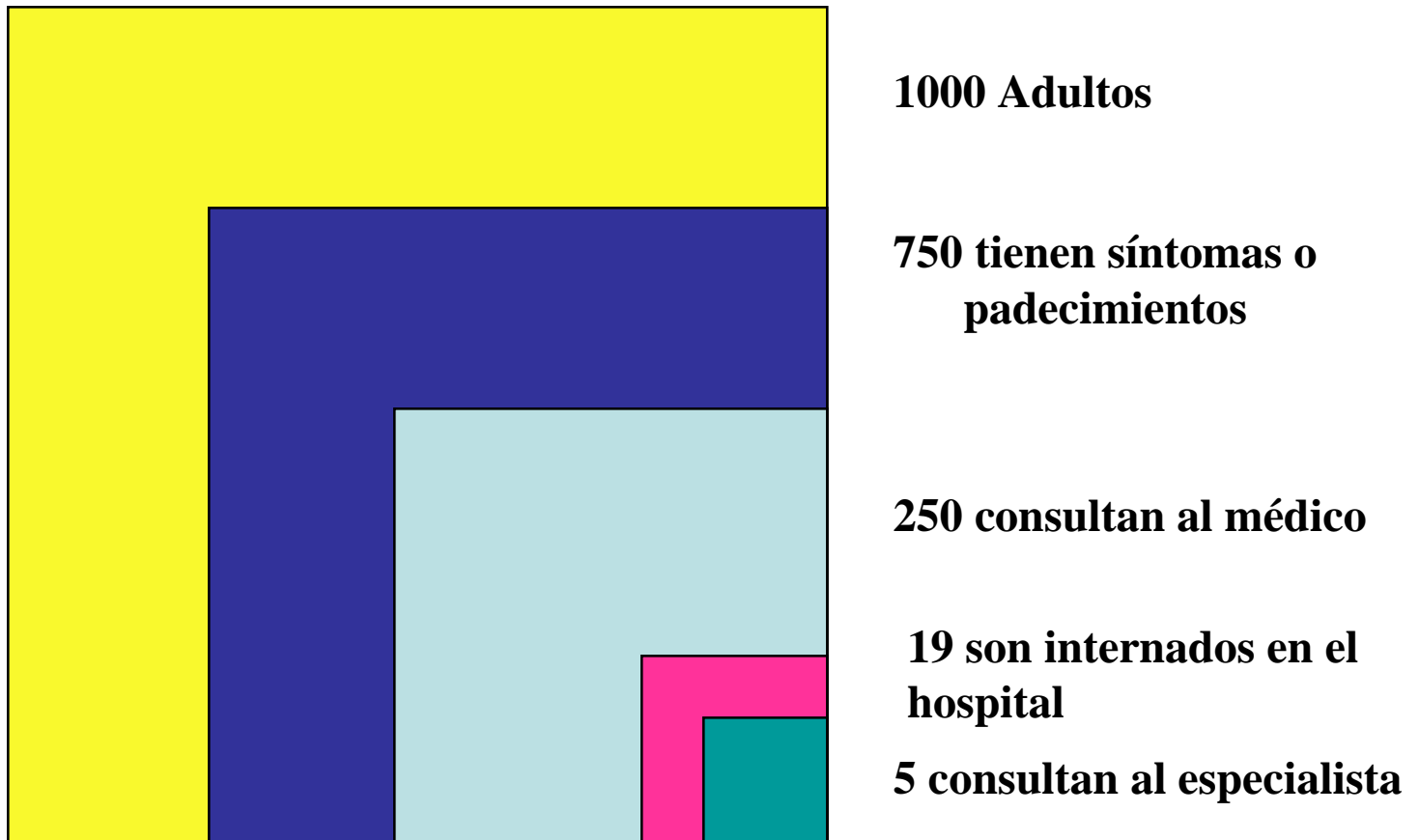
Utilización de Servicios de Salud



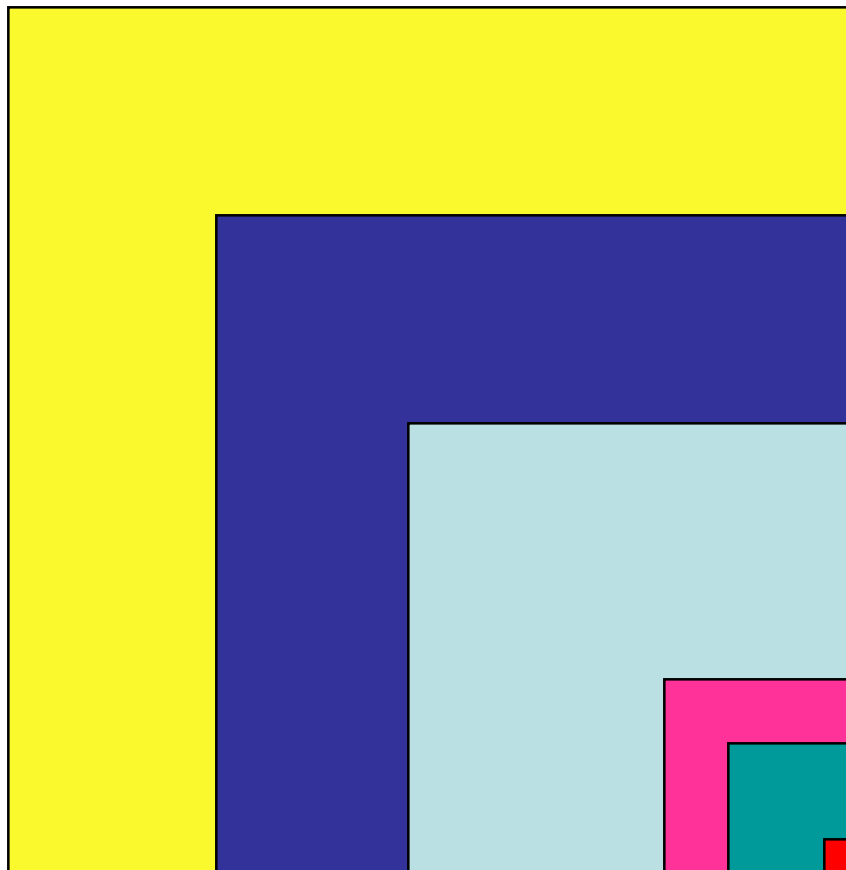
Utilización de Servicios de Salud



Utilización de Servicios de Salud



Utilización de Servicios de Salud



1000 Adultos

750 tienen síntomas o padecimientos

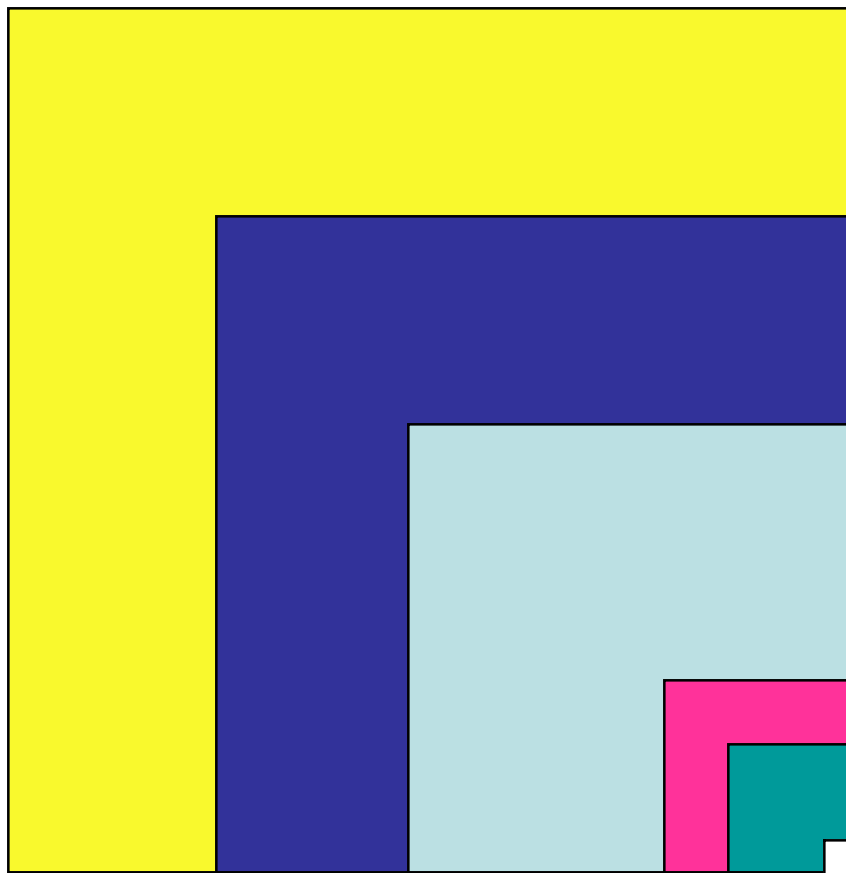
250 consultan a l médico

19 se internan en el hospital

5 consultan al especialista

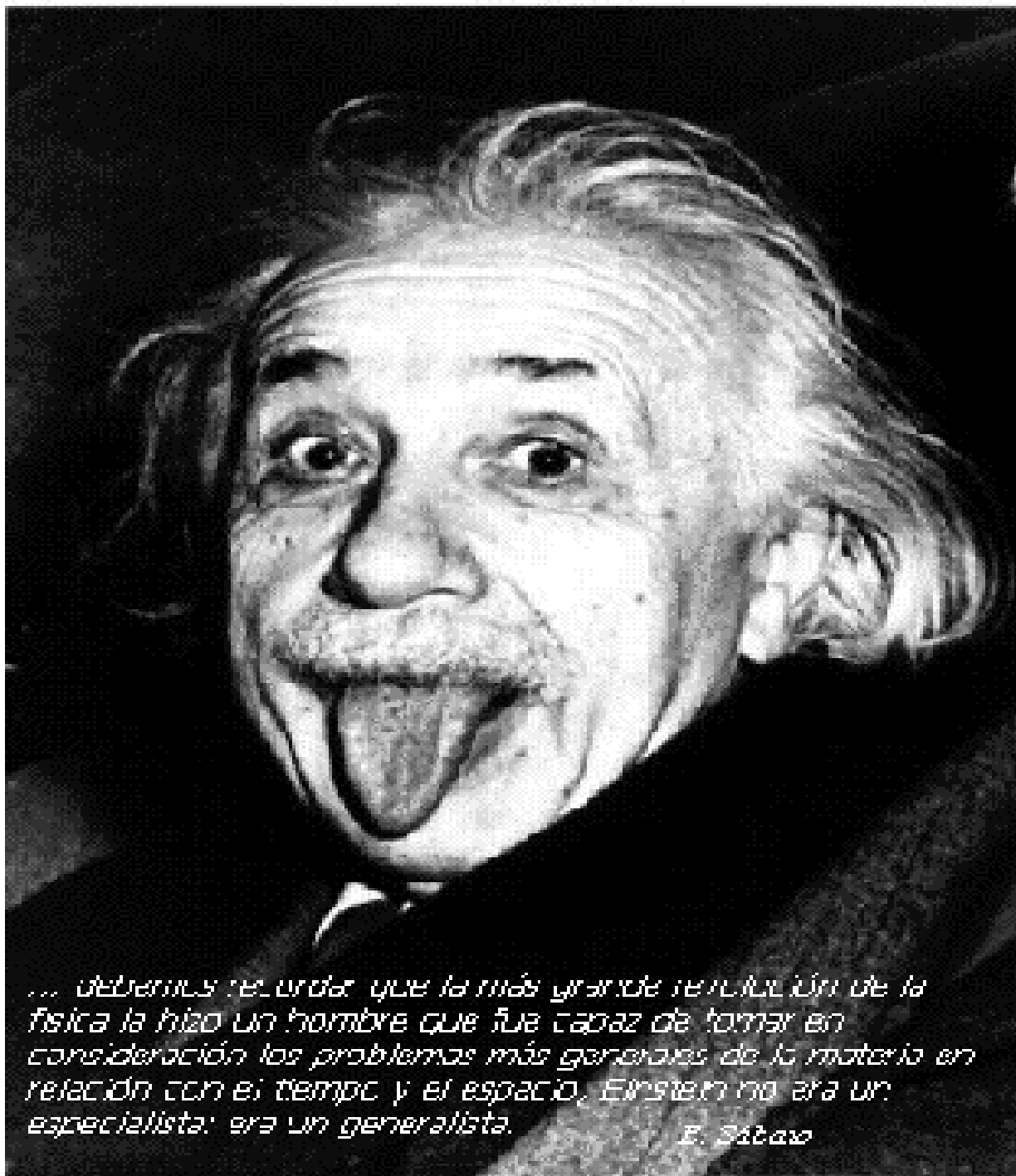
<1 se interna en un hospital De alta complejidad

Utilización de Servicios de Salud



Esta es la población que habitualmente **NO** ve el estudiante de Medicina





... debemos recordar que la más grande revolución de la física la hizo un hombre que fue capaz de tomar en consideración los problemas más generales de la materia en relación con el tiempo y el espacio. Einstein no era un especialista: era un generalista.

E. Sáenz