

# Atención Primaria de la Salud

## Experiencias concretas y de largo plazo

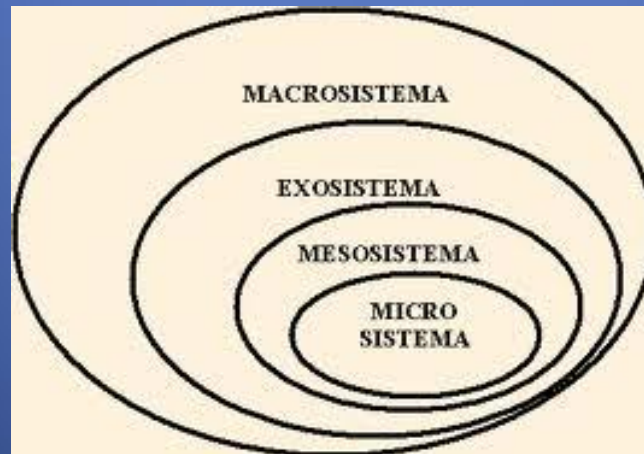
# Razones para cambiar

- Posibilidad de “Burn Out”
- Aislamiento Profesional
- Actitud “Defensiva”
- Paciente Insatisfecho “Molestador Crónico”
- Insatisfacción Económica
- Uso limitado de Habilidades y Conocimientos
- Tecnología de la Información no evolutiva/ uso parcial



# Microsistemas en Salud

Mínima unidad funcional replicable del sistema de salud, constituida por procesos, recurso humano, sistema de información y flujo de información



# Concepto

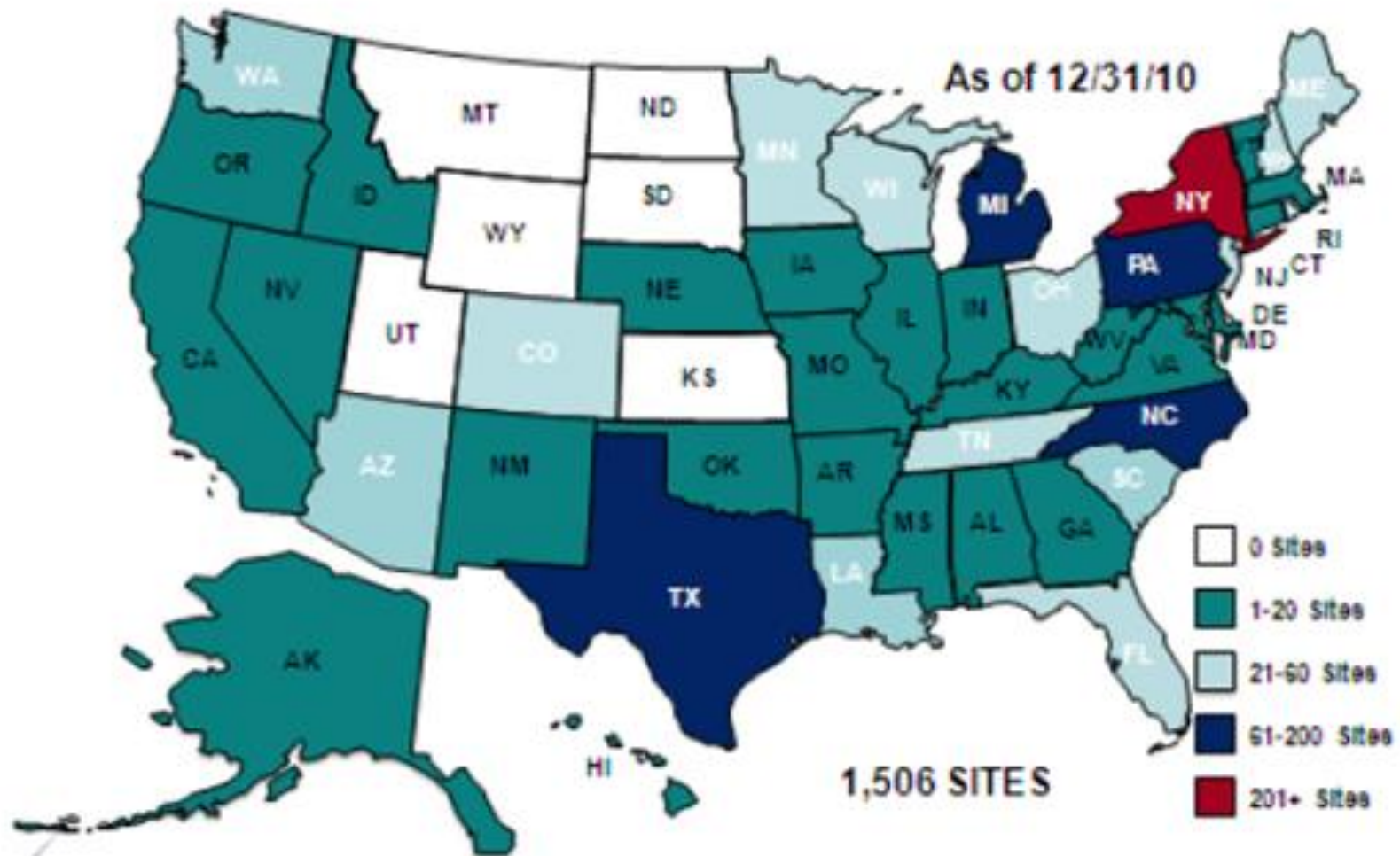


Conectados a  
Través de TI

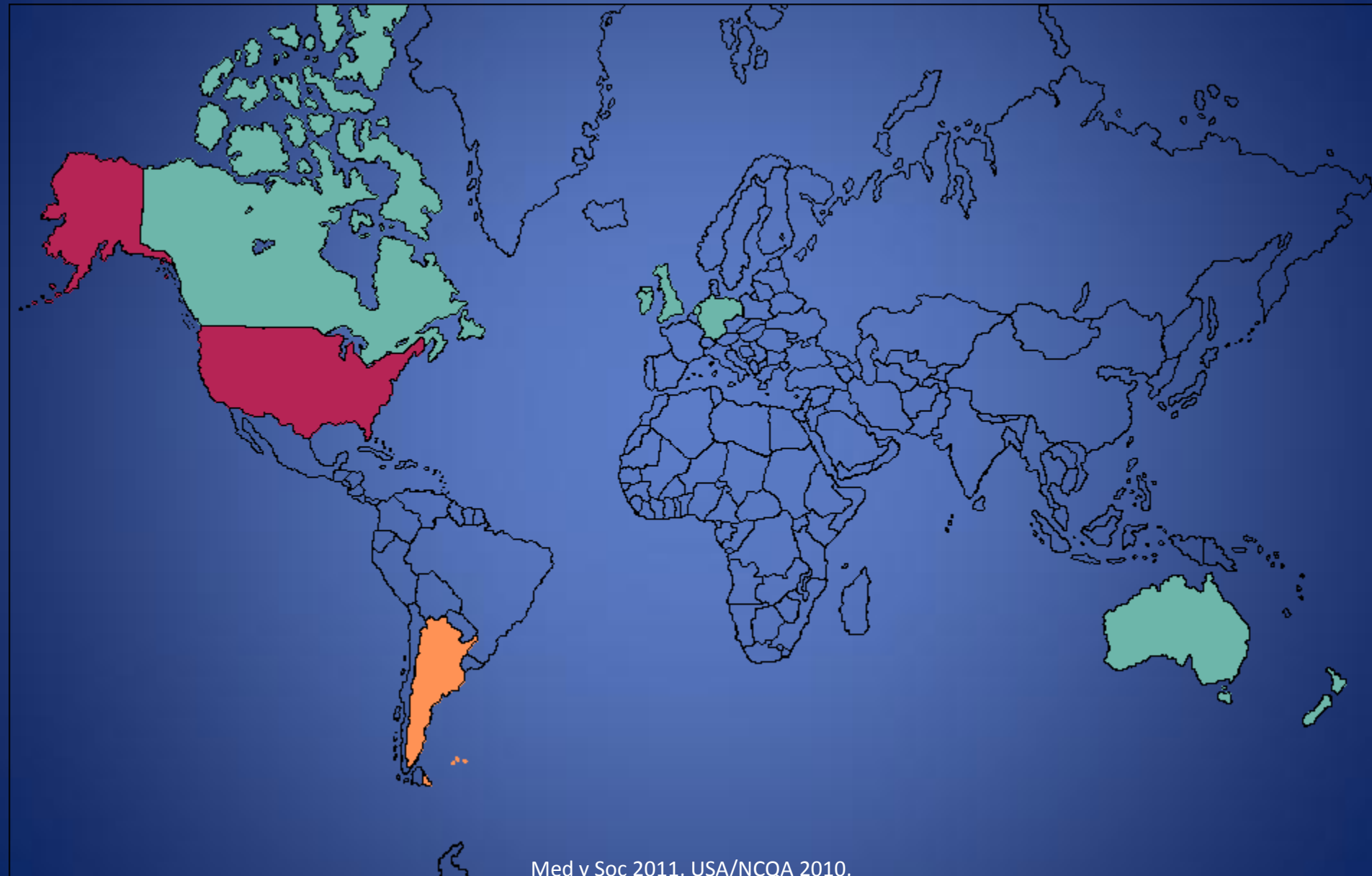
“Principios Conjuntos”

# Casa Médica en USA

## NCQA Recognized PCMH Sites



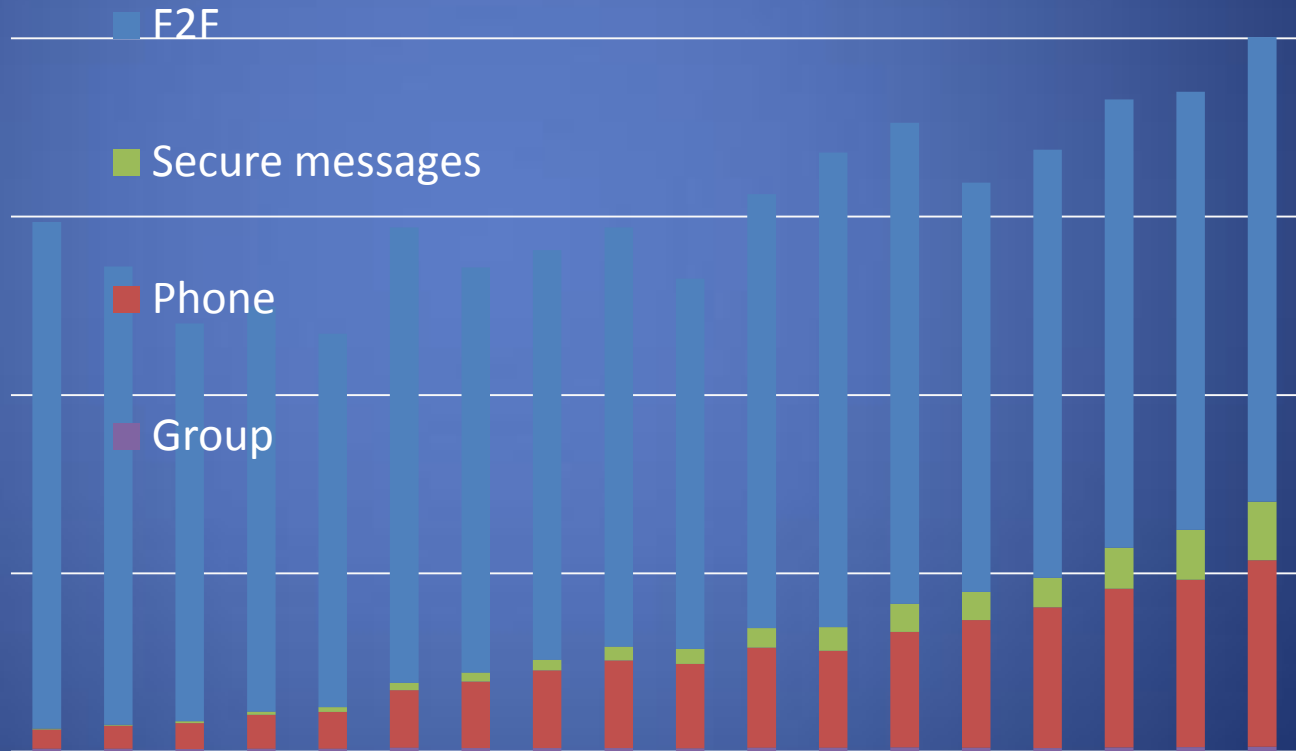
# Casa Médica en el Mundo



Med y Soc 2011, USA/NCQA 2010,  
Health Affairs 2007

# Volumen de Trabajo

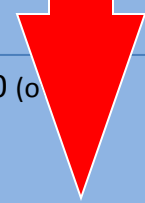
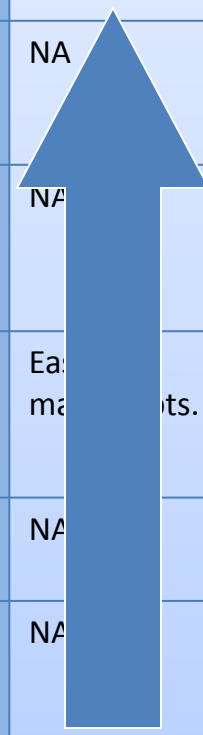
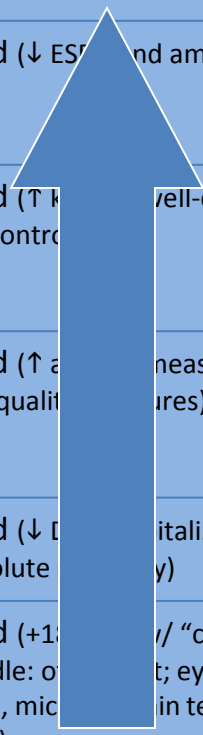
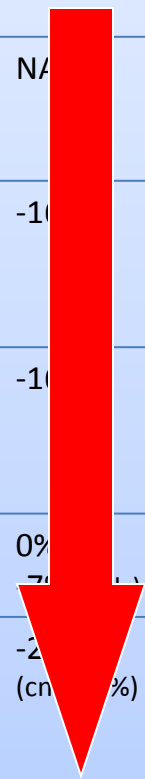
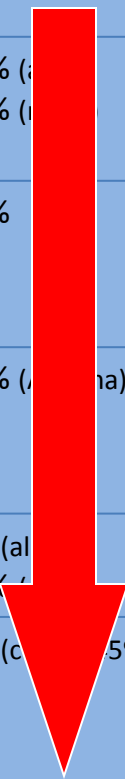
## Encuentros Médico-Paciente



>10% de incremento en Encuentros totales (Cara-a-Cara + Teléfono + Grupo + Mensajes seguros in y out)

# Resultados a la fecha de CMCP seleccionadas

Proyecto	Gasto Hospitalario	Guardia	Calidad	Satisfacción	Gasto por Cápit
Group Health Cooperative (WA) (N=7,018., cntrl= 200,970)	-16% (all) -13% (ACSC)	-29%	Improved (+4% pts achieving target HEDIS measures at 1yr)	Improved in 5 / 7 scales	-\$120 (total) -\$168 (inpt. costs relative to controls)
Geisinger (PA) (N=8,634, cntrl= 6,676)	-18% (all) -36% (ACSC)	NA	Improved (↓ ESRD and amputations)	NA	-7.1% reduced overall costs \$1.7:1 ROI
Colorado Medical Homes for Children* (N=150K, cntrl= all CO kids w/ FFS Medicare/SCHIP)	-18%	-11%	Improved (↑ well-child visits (72%) vs. control)	NA	-\$169 (all) -\$530 (c.)
Community Care of North Carolina* (N=970,000; cntrl= all NC FFS Medicare/SCHIP)	-40% (all)	-11%	Improved (↑ quality measures, +15% DM quality)	Equal	-\$516
Intermountain (UT)* (N=1,144, cntrl= 2,288)	-5% (all) -19% (ACSC)	0% (all)	Improved (↓ hospitalization; -3.4% absolute)	NA	-\$640
North Dakota BCBS* (N=192, cntrl= NA)	-6% (all) -5%	-2% (all)	Improved (+1% / "complete care" bundle: eye exam; & HA1c, lipid, mic...	NA	-\$530 (o)
Michigan BCBS* (N=>820K, cntrl=NA)	-22% (ACSC) (cntrl: -11.1%)	-11.4%	NA	NA	NA
Missouri Health Home* (Integrated Behavioral Health and 1 <sup>o</sup> Care) (N=524, cntrl=NA)	NA	NA	Improved (↑ HbA1C testing, beta blocker adherence)	NA	-\$2,160 (estimate from after 6 months for 524 enrollees)
Vermont Blueprint* (N=60K, cntrl= NA)	-21%	-32%	Improved (↑frequency of appts for c...)	NA	-22% (Hosp); -36%





# Resultados

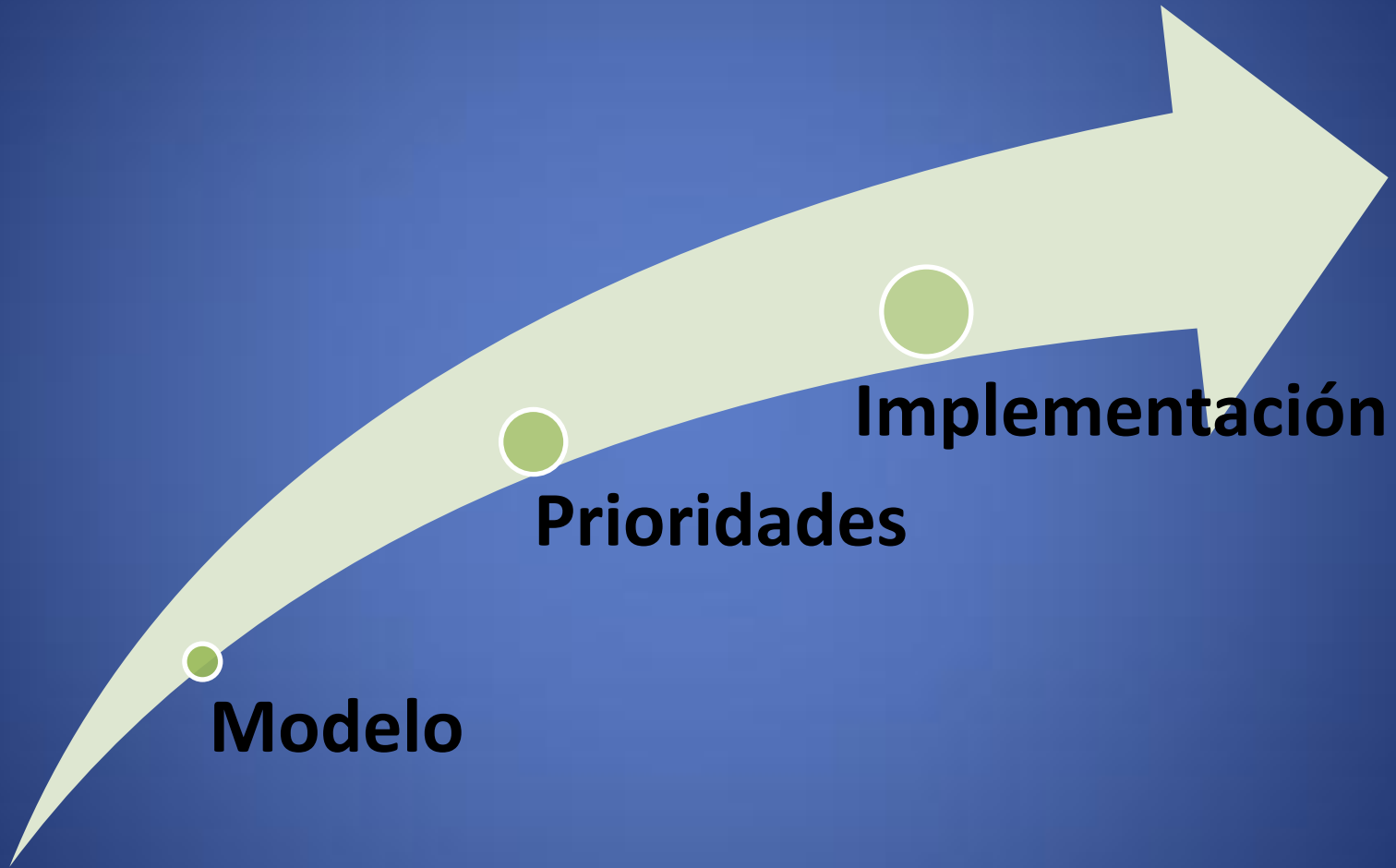


# Experiencia

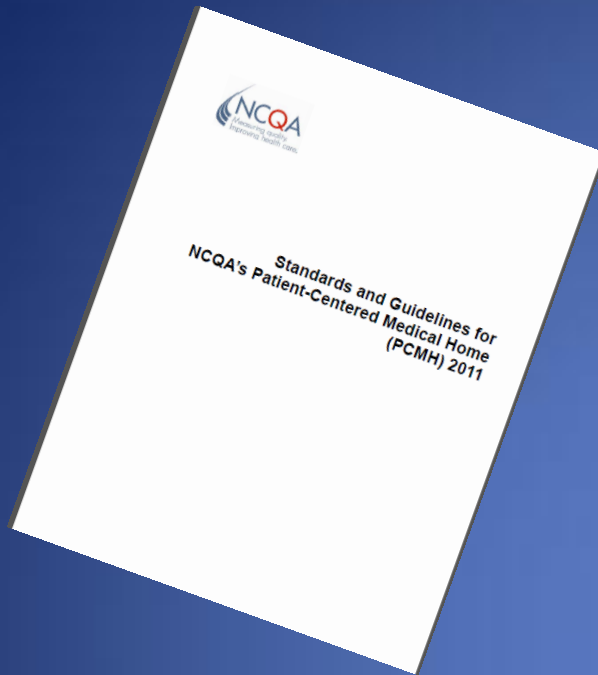


Casal, Enrique R.  
Martinez Sagasta, Carlos  
Palli, Guillermo  
Penalba, Marina  
Peralta, Ana Belén  
Leone, Silvia  
Vazquez, Edgardo N.

# Etapas del Proyecto



# Modelo



**Table 1: Summary of NCQA PCMH 2011 Standards**

Standard	Content Summary
PCMH 1: Enhance Access/Continuity	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients have access to culturally and linguistically appropriate routine/urgent care and clinical advice during and after office hours</li> <li>• The practice provides electronic access</li> <li>• Patients may select a clinician</li> <li>• The focus is on team-based care with trained staff</li> </ul>
PCMH 2: Identify/Manage Patient Populations	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The practice collects demographic and clinical data for population management</li> <li>• The practice assesses and documents patient risk factors</li> <li>• The practice identifies patients for proactive reminders</li> </ul>
PCMH 3: Plan/Manage Care	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The practice identifies patients with specific conditions, including high-risk or complex care needs and conditions related to health behaviors, mental health or substance abuse problems</li> <li>• Care management emphasizes:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pre-visit planning</li> <li>– Assessing patient progress toward treatment goals</li> <li>– Addressing patient barriers to treatment goals</li> </ul> </li> <li>• The practice reconciles patient medications at visits and post-hospitalization</li> <li>• The practice uses e-prescribing</li> </ul>
PCMH 4: Provide Self-Care Support/Community Resources	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The practice assesses patient/family self-management abilities</li> <li>• The practice works with patient/family to develop a self-care plan and provide tools and resources, including community resources</li> <li>• Practice clinicians counsel patients on healthy behaviors</li> <li>• The practice assesses and provides or arranges for mental health/substance abuse treatment</li> </ul>
PCMH 5: Track/Coordinate Care	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The practice tracks, follows-up on and coordinates tests, referrals and care at other facilities (e.g., hospitals)</li> <li>• The practice manages care transitions</li> </ul>
PCMH 6: Measure/Improve Performance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The practice uses performance and patient experience data to continuously improve</li> <li>• The practice tracks utilization measures such as rates of hospitalizations and ER visits</li> <li>• The practice identifies vulnerable patient populations</li> <li>• The practice demonstrates improved performance</li> </ul>

# Prioridades

- Accesibilidad
- Procesos administrativos
- Seguridad y calidad de atención
- Modalidad de remuneración



# Prioridades

- Constitución del equipo y funcionamiento
- Competencias
- Tecnología de la Información y comunicaciones

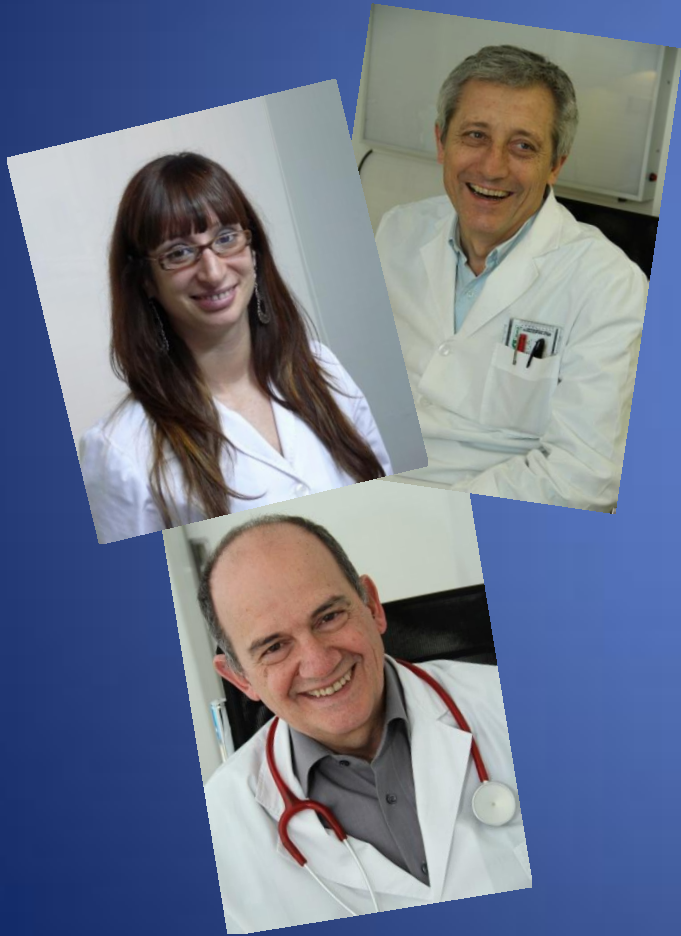


# Implementación

- Médicos
- Asistentes
- Experto en Tecnología de la información
- Experto en Calidad Medica



# Médicos Internistas Generales



- Liderazgo
- Integrar equipos
- Delegar tareas
- Planificación
- Utilización de normativas
- Resistencias



# Asistente Administrativa

## Propósito

Optimizar procesos administrativos

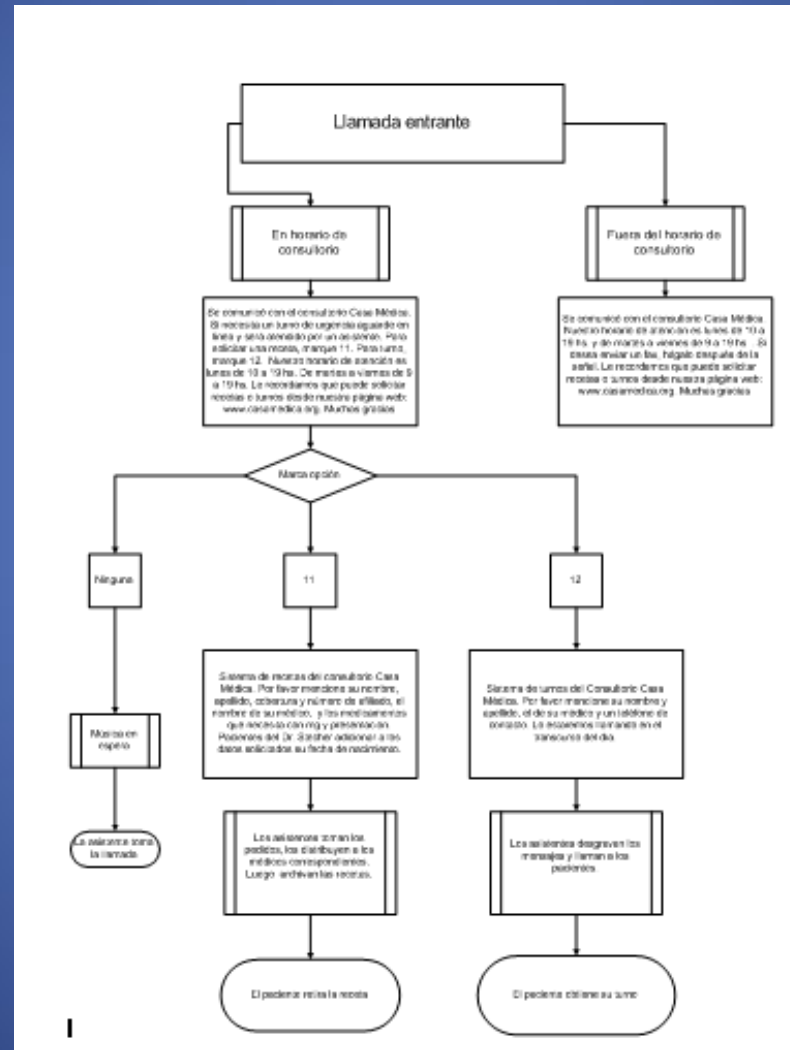
## Ejemplos:

- Manejo económico-financiero
- Atención telefónica
- Mejora en Accesibilidad
- Seguimiento
- Manual de procedimientos

Herramientas utilizadas



# Flujograma llamada entrante





# Manual de Procedimientos

Septiembre 2013



# Manual de Capacitación

Septiembre 2013

# Asistente Medica

## Propósito

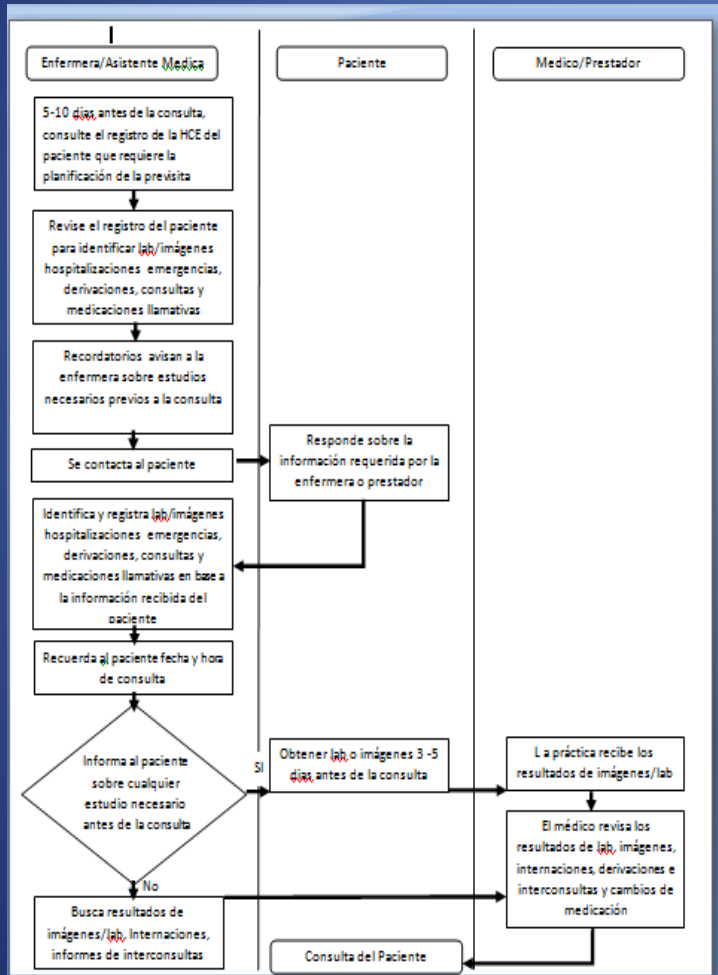
Optimizar vinculo medico-paciente,  
paciente-medico

## Ejemplos de tareas

- Asistencia en enfermedades Crónicas
- Procedimientos (ej. Monitoreo TA)
- Registro de resultados en HCE
- Seguimiento de pacientes en gestión
- Preconsulta



# Preconsulta



## Planificación de pre visita : 1-2 semanas previa: Check list 1-2 Semanas previas

Para comenzar la planificación de preconsulta, revisar la agenda 1-2 semanas adelantadas para identificar pacientes que históricamente requieran una consulta más prolongada. Ud. puede también comenzar con pacientes agendados con enfermedades crónicas o un examen clínico completo. Si se siente presionado por el tiempo, comience con la planificación de una preconsulta por día o cuantas permita el tiempo. Podrá observar los beneficios cuando estos pacientes asistan. Recuerde, una consulta de rutina para una revisión por una enfermedad crónica o examen físico completo es incompleta si el paciente se va y tiene que hacerse lab o radiografías. Esto debería ser realizado de manera adelantada y ser revisado en el momento de la consulta.

Paciente contactado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del funcionario \_\_\_\_\_

Actualización Demográfica /seguro de salud  Si, Actualización Demográfica  
(Cheque todo lo que aplique)  Si, Actualización de Seguro

No

Aceso al portal del paciente  Si  No

Referencia a necesidades de cuidado basado en la evidencia \_\_\_\_\_

Emitieron órdenes? \_\_\_\_\_ Se hará anticipadamente  Si  No

Actualización de medicaciones completada \_\_\_\_\_

Renovación medicamentos completada \_\_\_\_\_ Farmacia \_\_\_\_\_

Renovación de Prescripciones \_\_\_\_\_

Cuidado desde la última consulta al médico de Atención Primaria

Consultas \_\_\_\_\_ Razón \_\_\_\_\_

Consultas a emergencias \_\_\_\_\_ Razón \_\_\_\_\_

Internación \_\_\_\_\_ Razón \_\_\_\_\_

Lab/Rad/ estudios solicitados por otros prestadores \_\_\_\_\_

Necesidad de formularios para consultas/paciente?  Si  No

Enviadas?  Si  No

# Tecnología de la Información y Comunicaciones

## Propósito

Soporte en la implementación y utilización de la TIC

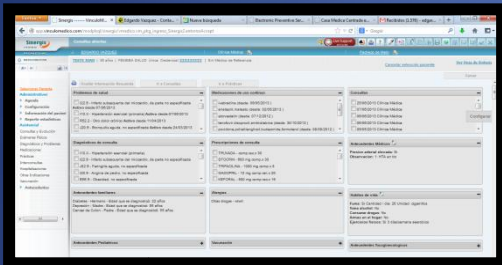
## Aplicativos implementados:

- Historia Clínica Digital
- CRM (Customer Relationship Management)
- Portal de CMCP
- Correo Electrónico

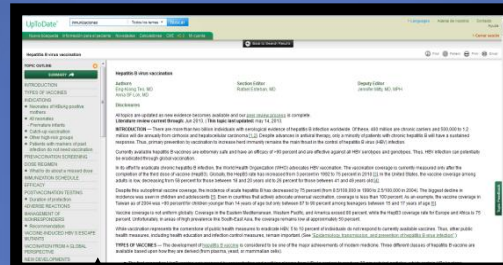


# Uso actual de las TIC por el modelo

## Historia Clínica Electrónica



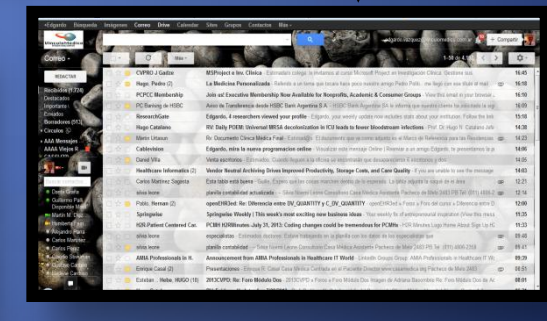
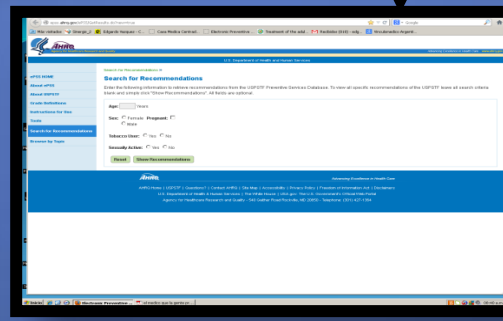
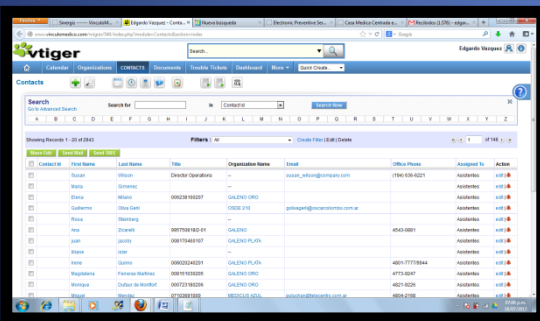
## Soporte a toma de decisiones



## Portal de Casa Medica



Sinergis ----- VinculoM... × Edgardo Vazquez - Conta... × Nueva búsqueda × Electronic Preventive Ser... × Casa Medica Centrada e... × Recibidos (1.576) - edgar... × +



## Gestor de relaciones con pacientes

## Recordatorio de practicas preventivas

## Correo Electrónico

# Mejora de Calidad



## Propósito

Promover la mejora continua en base a análisis sobre las brechas en los indicadores y adherencia a estándares internacionales, modificaciones en los procesos, adecuación de la estructura y registro en la historia clínica digital

## Experiencia realizada

Implementación de indicadores de desempeño en Hipertensión Arterial



# Limitaciones

- Sin financiación externa
- Dificultad en reclutar médicos
- Inconvenientes en el desarrollo del rol de asistente
- La obtención de resultados es elusiva
- La mayoría de sistemas de salud temerosos de innovar o profundizar el concepto de AP

# Expectativas futuras

- Desarrollo y crecimiento
  - Investigación en servicios
  - Soporte de asistentes médicos
  - Incorporación de pre y post consulta
- Docencia
  - Postgrado en UBA
  - Educación a distancia para financiadores
- Replicación
- Búsqueda de financiación

# Cambiar es Difícil...



# ...pero

- Hay un modelo probado
- Tiene pautas explicitas
- Es muy flexible y adaptable
- Necesita de soporte para su desarrollo

Muchas Gracias!!!

[edgardo.vazquez@casamedica.org](mailto:edgardo.vazquez@casamedica.org)

# **Casa Médica Centrada en el Paciente: Dos años de un Modelo Innovador**

**Autores: Edgardo N. Vázquez, Enrique R. Casal.**

Se presenta un relato del proceso de instalación de una unidad de Atención Médica del Adulto, que utiliza una estrategia innovadora de organización. El modelo utilizado es el de Casa Médica Centrada en el Paciente (CMCP), el proyecto tiene lugar en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).



<http://medicinaysociedad.org>, Acceso 24  
de mayo 2012