

EL CAMBIO DEL MODELO ASISTENCIAL

MODELO BIOMÉDICO BRIGHT SIGLO XIX

- Concepción patologisista.
- Curativo
- Objetivo
- División cuerpo/mente
- Diagnóstico biológico
- Crea territorios estableciendo Barreras Disciplinarias
- El paciente es considerado como objeto de tratamiento.

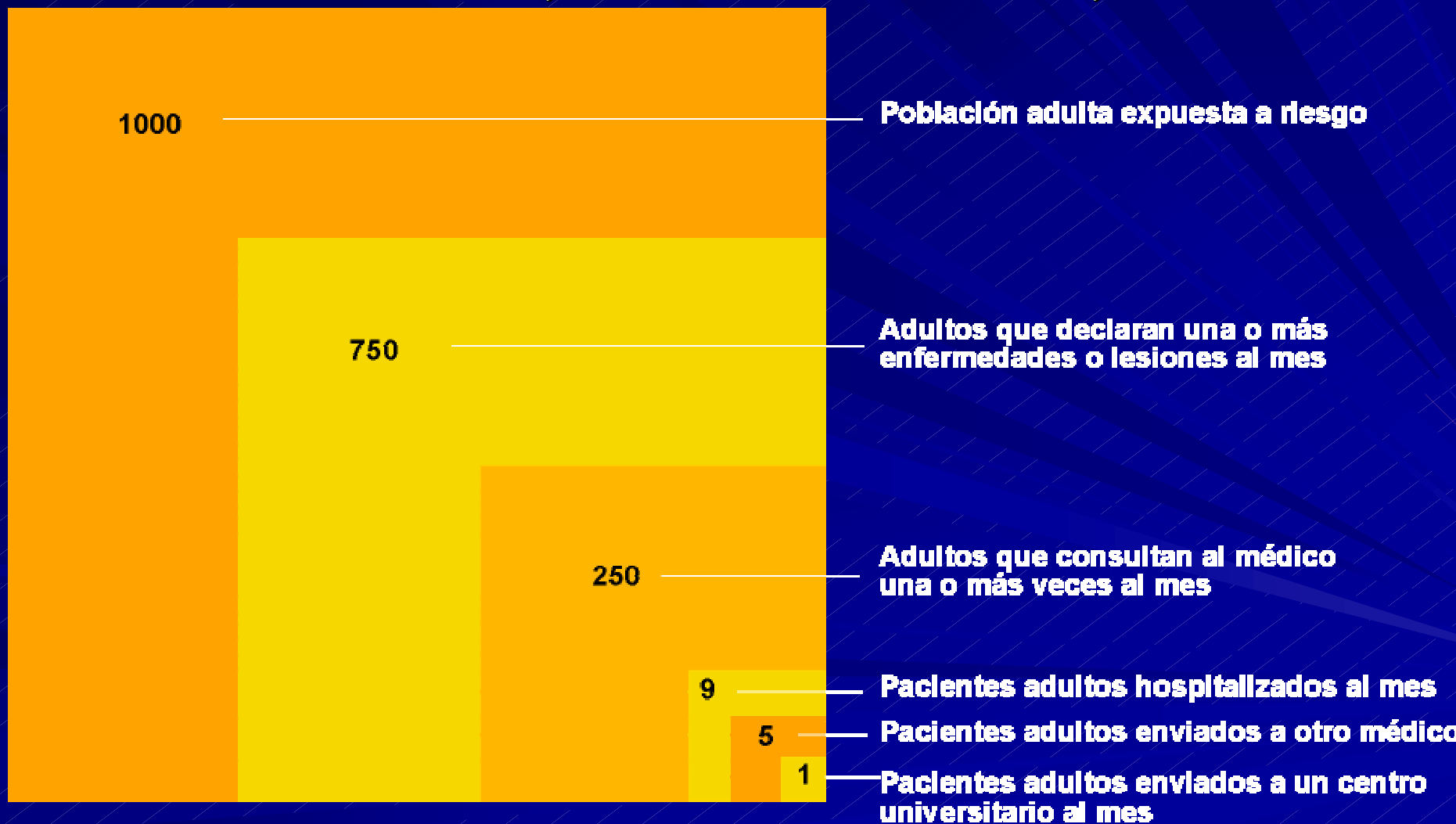
MODELO BIOPSIICOSOCIAL ENGEL 1977

- Una alteración bioquímica no siempre se traduce en enfermedad.
- La simple anomalía biológica no arroja ninguna luz sobre la significación última para el paciente.
- Las variables de tipo psicosocial suelen ser importantes a la hora de determinar la susceptibilidad , la severidad y el curso de la enfermedad.
- La aceptación del papel de enfermo no está determinada de manera mecánica por la presencia de una anomalía biológica, sino por la interacción de aspectos psicosociales.
- El tratamiento biológico puede tener diversas tasas de éxito, influido directamente por las variables psicolociales.
- La relación del profesional de la salud con el paciente también influye en el resultado terapéutico.

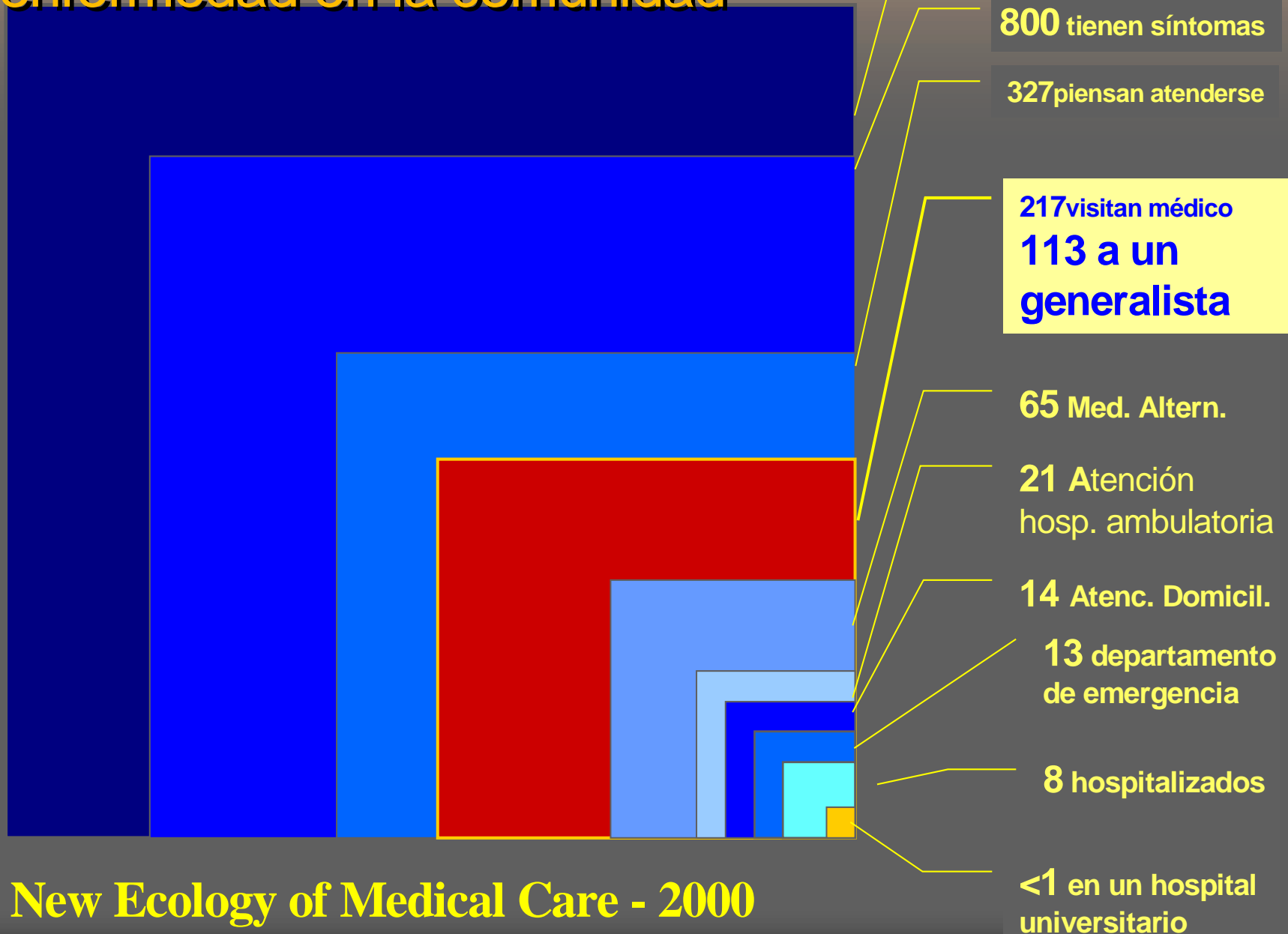
El clínico con orientación psicosocial procura:

- Impregnar la relación asistencial de un clima emocional terapéutico.
- Distinguir entre demanda y necesidad de salud.
- Evitar focalizarse hacia lo biológico o lo psicosocial a la hora de elaborar la hipótesis diagnóstica
- Conocer e integrar las tres dimensiones del ser humano.
- Descartar siempre primero lo orgánico pero sin dejar de lado los aspectos psicosociales.
- Manejar la incertidumbre
- Conocer los factores de riesgo de cada consultante.
- Actuar terapéuticamente aunque sólo sean posible medidas paliativas.
- No considerar a los pacientes como “ casos cerrados”

Estimaciones de la prevalencia mensual de enfermedad en la comunidad y la función de los médicos, hospitales y centros médicos universitarios en la prestación de servicios médicos (más de 16 años de edad)



Prevalencia mensual de la enfermedad en la comunidad



New Ecology of Medical Care - 2000

PIRÁMIDE DE ATENCIÓN A LA SALUD

NIVELES DE ATENCIÓN

NIVELES APLICATIVOS

TERCER NIVEL

5% de la población

HOSPITAL UNIVERSITARIO

SEGUNDO NIVEL

10% de la población

HOSPITAL GENERAL

PRIMER NIVEL

85% de la Población

CENTROS DE SALUD

CENTROS AMBULATORIOS

Equipo de Salud

Personal auxiliar de Salud

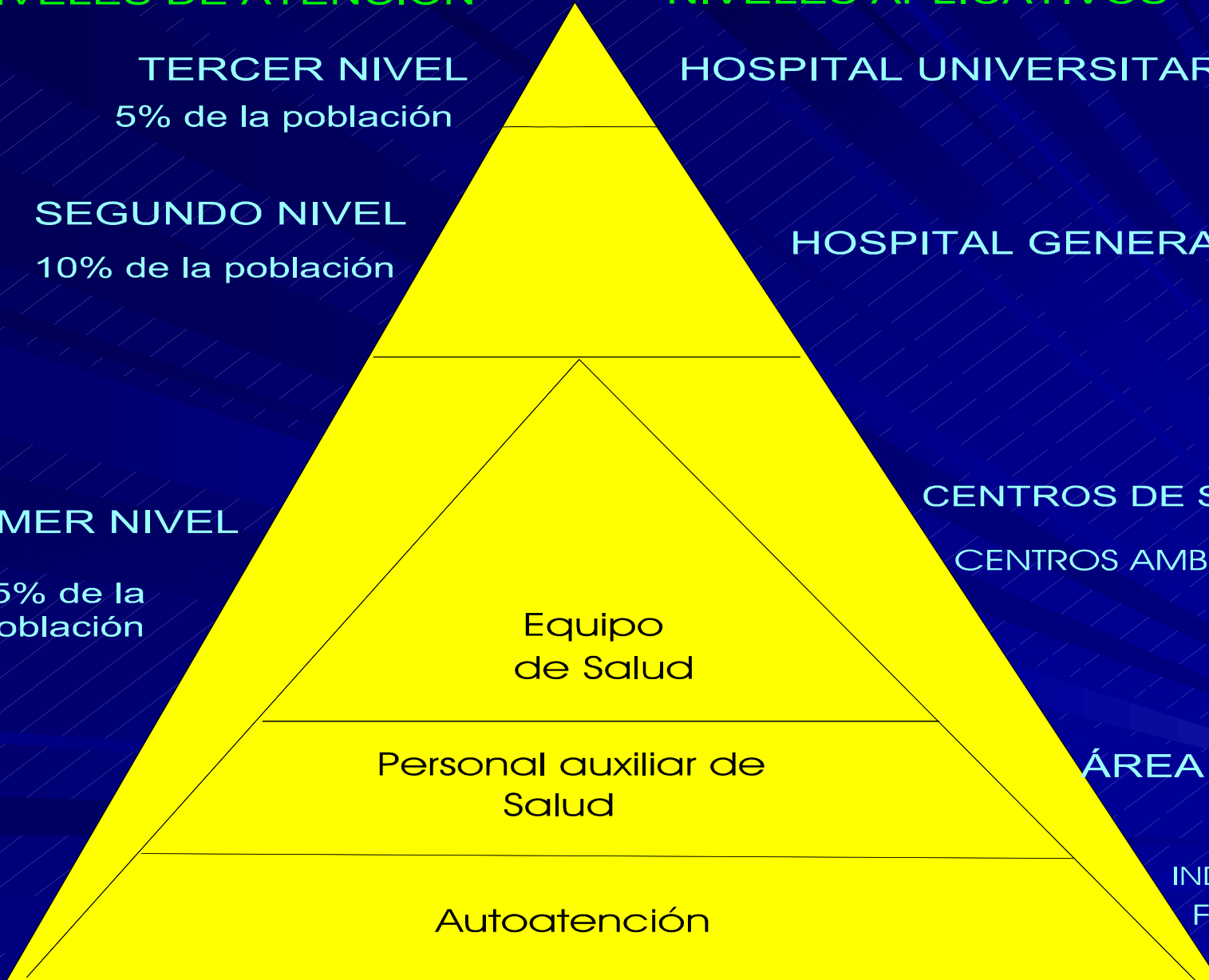
ÁREA RURAL

Autoatención

INDIVIDUO

FAMILIA

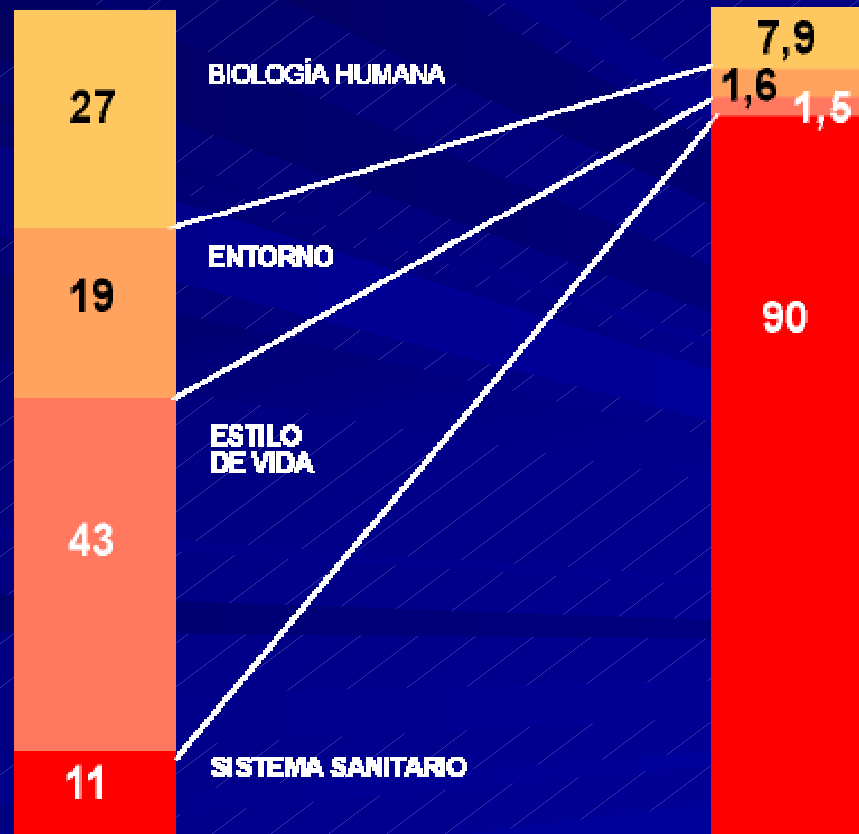
COMUNIDAD



Determinantes de la salud y afectación de los recursos (Dever)

Contribución potencial a la reducción de la mortalidad (en porcentajes)

Recursos destinados a la salud en EEUU (en porcentajes)



MEGATENDENCIAS (Jhon Naisbitt)

- Las causas principales de mortalidad son las enfermedades degenerativas y los accidentes.
- La población está cada vez más envejecida.
- La explosión tecnológica.
- El paradigma científico está cambiando de un modelo reduccionista, lineal, a un modelo sistémico.
- El público está cada vez más insatisfecho con la atención médica.

Principales fallas del modelo de salud curativo

Fallas estructurales:

- Desproporcionada concentración de recursos humanos y materiales en grandes y complejas instituciones de camas de alto costo, con actividades excesivamente curativas y a menudo de bajo rendimiento, congestionadas por una demanda que debería ser atendida en establecimientos ambulatorios
- Fallas de organización, coordinación y supervisión de los establecimientos de atención médica
- Fallas de accesibilidad y cobertura
- Falta de integración de los programas especiales o prioritarios con el primer nivel de atención
- Frecuente actitud inadecuada del personal ante el cumplimiento de sus propios deberes
- Falta de participación activa de la comunidad

Principales fallas del modelo de salud curativo

Fallas en la formación profesional

- Docencia intramural con escaso contacto del estudiante con los problemas de salud de la comunidad
- Falta de información y formación en acciones preventivas y de promoción de la salud, y en los aspectos humanísticos y sociales
- La docencia clínica hecha sobre todo a base de pacientes hospitalizados, que son casos seleccionados, no representativos del conjunto
- Falta de coordinación entre los organismos formadores y empleadores, que dificulta la necesaria integración docente asistencial
- Falta frecuente de formación gerencial en quienes dirigen los establecimientos de salud

Atención Sanitaria : Desarrollo futuro

Debería contemplar en el futuro los siguientes aspectos prioritarios:

1. Flexibilidad para responder a las diferentes necesidades y circunstancias
2. Priorización del desarrollo profesional y el trabajo en equipo
3. Aceptación del papel cada vez más importante de la información y sus tecnologías
4. Fundamentar en la evidencia científica los procesos de toma de decisiones
5. Capacidad de gestionar los recursos en los diferentes niveles y estructuras del sistema

Elementos conceptuales de la AP

Integral

Integrada

Continuada

Permanente

Activa

Accesible

Basada en equipos interdisciplinarios

Comunitaria y participativa

Programada y evaluable

Docente e investigadora

El cambio del modelo de atención implica un conjunto de conceptos:

- Enfoque integral de la salud (biopsicosocial)
- El abordaje integrado de la salud (preventivo, curativo y rehabilitatorio)
- Pasar de un enfoque individual a un enfoque familiar.
- Abordar la salud de acuerdo con las características demográficas, epidemiológicas, socioeconómicas, culturales y ambientales de la sociedad.
- Pasar de la atención centrada en el médico a la atención centrada en el consultante.
- Fomentar y favorecer la participación de los usuarios en todas las etapas del proceso asistencial.
- Evaluar la calidad de la atención desde el punto de la satisfacción del usuario y del costo/efectividad.

Fortaleciendo y redimensionando la asistencia ambulatoria

- Establecer la asistencia ambulatoria como *puerta de entrada al sistema sanitario*.
- Constituir *Equipos Básicos de Salud* para satisfacer las necesidades de cuidados primarios de las personas.
- Adscribir un número de pacientes para cada Equipo Básico de Salud en el entorno de las 1500 personas.
- Mejorar la capacidad resolutive de la atención ambulatoria asignando recursos suficientes para resolver un 90% de los problemas de salud de los usuarios.
- Normatizar en forma clara cada uno de los procedimientos diagnóstico - terapéuticos que podrán realizarse por los equipos.
- Determinar un sistema remunerativo por cápita con incentivos vinculados al logro de estándares asistenciales.

Fortaleciendo y redimensionando la asistencia ambulatoria

- Determinar una carga horaria de 40 horas semanales.
- Las consultas se realizarán en el consultorio o en el domicilio por cualquiera de los integrantes del equipo y podrán ser espontáneas, con cita previa o programadas.
- Crear un sistema de información con soporte electrónico.
- Crear la normativa necesaria para que el presupuesto institucional considere en forma específica la financiación de la atención ambulatoria.
- Crear un departamento docente y de investigación dentro de la atención ambulatoria.

La relación entre los cuidados primarios y la mortalidad en condiciones de inequidad en EEUU

- Un aumento de una unidad porcentual del coeficiente de Gini se asoció a un aumento de 719 muertes c/10.000 hab.
- El incremento de 1 especialista del 1er. Nivel c/10.000 hab. se asoció a la disminución de 35 muertes c/10.000 habitantes.
- El aumento de 1 Med. de Flia cada 10.000 habitantes se asoció a una disminución de 39 muertes cada 10.000 hab.
- El aumento de 1 especialista cada 10.000 habitantes en el 1er. Nivel de atención se asoció a 15 muertes adicionales c/10.000 habitantes.

Los cuidados primarios, la mortalidad infantil y el bajo peso al nacer en EEUU

- Un Médico de Familia cada 10.000 habitantes disminuye la mortalidad infantil en un 2,5%
- Un Médico de Familia cada 10.000 habitantes disminuye el bajo peso al nacer en un 3,2%