

EL FUTUR DELS PROGRAMES D'ATENCIÓ A LA CRONICITAT

Evidència de diferents països



Fòrum Català d'Atenció Primària
per una Atenció Sanitària centrada en les persones



Albert Planes Magrinyó
Laia Riera Armengol

INTRODUCCIÓ: LA CRONICITAT

- De què parlem?
- DEFINICIÓ OFICIAL: Conjunt de problemes de salut crònics i dels efectes que produeixen sobre les persones o sobre grups poblacionals, el seu entorn, el sistema sanitari i la societat en general.

Font: Termcat. <http://www.termcat.cat/docs/PDF/TerminologiaCronicitat.pdf>



LA MALALTIA I ENVELLIMENT COM FACTOR DE VULNERABILITAT

- La malaltia redefineix els límits de la persona.
- La malaltia compromet la integritat i l'autonomia.
- La malaltia crònica forma part de la manera com ens projectem cap al futur, a vegdes acompanyat d'un sentiment d'amenaça, humiliació, pèrdua. (Laín Entralgo)
- Les persones passem la vida "a la vora de l'abisme": fragilitat inherent.
- Aquesta dimensió vulnerable ens confronta amb l'idealisme moral i el positivisme científic, que tenen la confiança de que la resolució dels problemes és a les seves mans.

VULNERABILITAT, RESPONSABILITAT

Vulnerable: possibilitat de ser danyat (físic, moral). Inherent a totes les persones. Ens fa interdependents. **Vulnerabilitat natural** (infància, malaltia, vellesa), **vulnerabilitat social** (pobresa, migracions, refugiats).

Lévinas, Jonas, Kant: L'obligació moral de protegir els éssers més vulnerables com a requeriment de justícia.

Contracte social: acords per protegir els drets dels ciutadans.

Organitzacions del sistema sanitari (Begoña Román): ètica cívica, valor **equitat**, principi de justícia.

COM S'ORGANITZA EL SISTEMA SANITARI?

- Model basat en l'**atenció primària**: porta d'entrada, atenció longitudinal a les persones en les situacions de salut més prevalents, coordinació entre nivells assistencials.
- 2012: model **segmentat** d'atenció a les persones amb situació de **cronicitat**.

Programa de prevenció i atenció a la cronicitat

Document conceptual

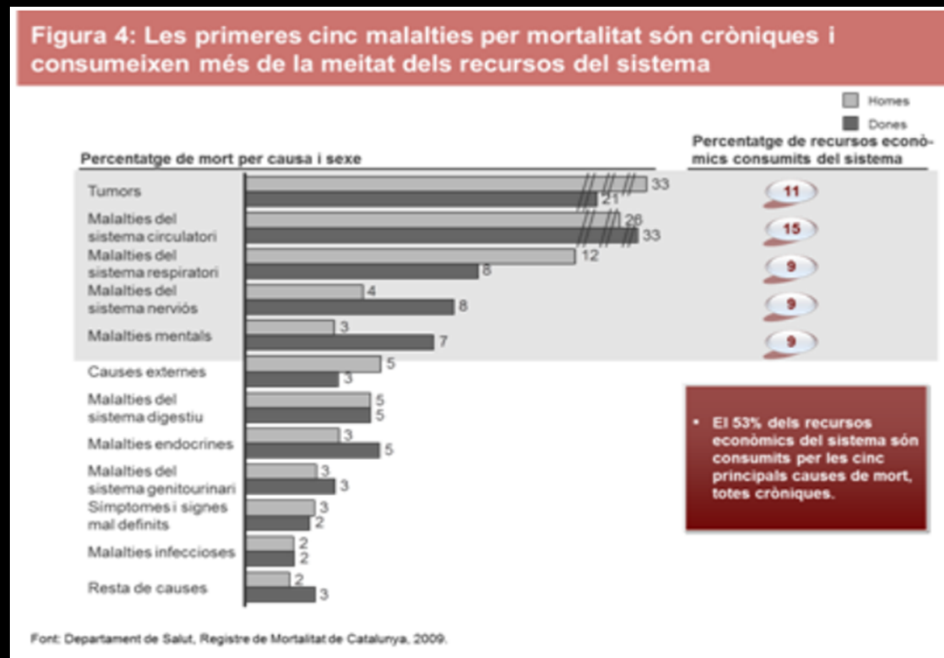
Versió 5.0 del 28.02.2012

ÍNDEX

- 1.- Pla de Prevenció i Atenció a la Cronicitat PPAC 2012
 - Justificació demogràfica i d'augment de despesa.
- 2.- Models de referència del PPAC
 - Chronic Care Model
 - Kaiser Permanente
- 3.- Com s'ha desenvolupat el PPAC a Catalunya?
- 4.- Nou pla d'atenció a les persones amb necessitats complexes 2017
- 5.- Quin és el millor model pel nostre entorn amb les evidències actuals?
- 6.- Conclusions
- 7.- De cara al futur.

1.- PLA DE PREVENCIÓ I ATENCIÓ A LA CRONICITAT 2012

- **Justificació demogràfica i econòmica:** elevada esperança de vida, augment de persones amb transtorn crònics o discapacitats. L'atenció a aquestes persones té importants repercussions econòmiques.





REFLEXIONS SOBRE DEMOGRAFIA

- En un món desenvolupat amb bones condicions de vida és normal envellir.
- En viure més anys augmenta la possibilitat de patir malalties.
- L'objectiu és preservar la dignitat i la qualitat de vida.

- Preocupació:
 - Despesa innecessària sense valor per la salut.
 - Despesa que ocasiona més malaltia, dependència i indignitat.

- Heath Iona. [Seeming virtuous on chronic diseases. BMJ 2011; 343 :d4239](#)

DEMOGRAFIA ALARMANT

Figura 2.3.- Esperanza de vida saludable a los 65 años respecto del total de esperanza de vida, por sexo, 2004-2013



Elaboración propia a partir de datos del documento: Health Expectancy in Spain (2015), EHLEIS Country Reports, Issue 9.

FONT: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos17.pdf>

DESPESA DEL SISTEMA SANITARI

Despesa sanitària pública sobre el PIB

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Alemanya	7,8	9,3	9,2	9,0	9,0	9,2	9,3	9,4
Suècia	6,8	7,3	6,9	9,0	9,1	9,3	9,3	9,2
Japó	6,7	7,4	7,5	8,9	9,1	9,1	9,1	9,2
França	7,9	8,5	8,4	8,4	8,5	8,6	8,7	8,7
Dinamarca	8,0	9,0	8,8	8,5	8,6	8,6	8,6	8,7
Holanda	7,8	8,4	8,6	8,6	8,9	8,8	8,8	8,6
Noruega	6,7	7,7	7,5	7,4	7,4	7,6	8,0	8,5
Estats Units	7,2	7,9	7,9	7,9	7,9	8,0	8,2	8,3
Bèlgica	7,2	7,8	7,7	7,8	7,9	8,0	8,0	8,1
Regne Unit	6,4	7,2	7,1	7,0	6,9	7,8	7,8	7,9
Austria	7,4	7,8	7,7	7,5	7,7	7,7	7,8	7,8
Suïssa	6,4	6,8	6,7	6,8	7,1	7,4	7,4	7,7
Nova Zelanda	7,4	7,8	7,8	7,7	7,8	7,5	7,5	7,5
Canadà	6,6	7,4	7,4	7,2	7,2	7,1	7,0	7,2
Finlàndia	6,0	6,6	6,6	6,7	7,0	7,1	7,1	7,0
Islàndia	7,2	7,4	7,1	7,0	7,0	7,0	7,1	7,0
Itàlia	6,7	7,0	7,0	6,8	6,8	6,8	6,8	6,7
Espanya	6,1	6,8	6,7	6,7	6,6	6,4	6,4	6,5
Austràlia	5,7	6,0	5,8	5,9	5,9	5,9	6,1	6,4
Eslovènia	5,8	6,3	6,3	6,3	6,3	6,2	6,1	6,1
República Txeca	5,2	6,1	5,8	5,9	5,9	6,5	6,3	6,0
Portugal	6,4	6,9	6,9	6,5	6,1	6,1	6,0	5,9
República Eslovaca	5,3	5,8	5,6	5,5	5,5	5,6	5,6	5,5
Irlanda	7,2	8,1	8,0	7,5	7,6	7,3	6,9	5,4
Luxemburg	5,7	6,3	6,0	5,1	5,4	5,4	5,2	5,0
Grècia	5,5	6,5	6,6	6,0	5,8	5,2	4,6	5,0
Xile	2,8	3,2	3,0	3,1	3,2	4,4	4,6	4,9
Estònia	4,4	5,1	4,8	4,5	4,5	4,6	4,7	4,9
Hongria	4,9	5,0	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8	4,8
Israel	4,3	4,4	4,4	4,4	4,5	4,5	4,7	4,5
Polònia	4,6	4,7	4,6	4,4	4,3	4,5	4,4	4,4
Corea	3,3	3,7	3,8	3,8	3,8	3,9	4,0	4,2
Letònia	3,4	3,7	3,7	3,5	3,3	3,2	3,3	3,3
Turquia	3,8	4,5	3,9	3,7	3,5	3,5	3,4	3,2
Mèxic	2,6	2,9	2,9	3,0	3,1	3,2	2,9	3,1
Catalunya	5,3	5,8	5,9	5,6	5,4	5,4	5,2	n.d.
OCDE	5,9	6,5	6,4	6,4	6,4	6,5	6,5	6,5
UE	6,2	6,8	6,7	6,6	6,7	6,7	6,7	6,6
UE (15)	6,9	7,6	7,5	7,4	7,5	7,5	7,4	7,3

Fonts:

[OECD Health Statistics. Sept. 2017](#)

CatSalut

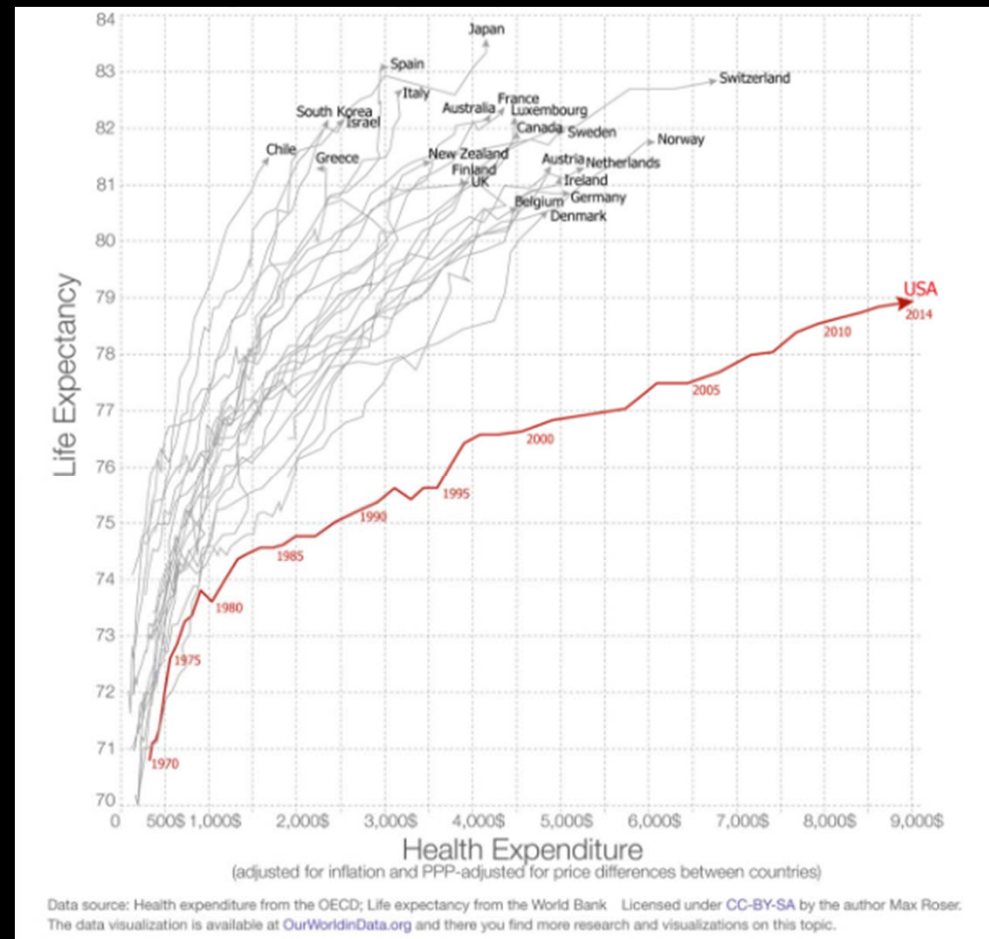
QUINA ÉS LA CAUSA DE L'AUGMENT DE DESPESES SANITÀRIES?

- J. Puig-Junoy. ¿Es la financiación sanitaria suficiente y adecuada? Gac Sanit, 20 (2006), pp. 96-102.
 - Elevat cost de les tecnologies.
 - Augment en l'ús de tecnologies.
 - "Valen el que costen?"
- C. de Meijer, B. Wouterse, J. Polder, M. Koopmanschap. The effect of population aging on health expenditure growth: A critical review. Eur J Ageing, 10 (2013), pp. 353-361

2.- MODELS DE REFERÈNCIA DEL PPAC

2.1.- CHRONIC CARE MODEL

2.2.- KAISER PERMANENTE



2.1.-CHRONIC CARE MODEL

Figura 6: Chronic Care Model de Wagner



[FONT:http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/arxiu/562conceptual.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/arxiu/562conceptual.pdf)

CRÍTiques AL CHRONIC CARE MODEL

Model basat en un tipus particular de malalties vs model orientat a persones i comunitats (B. Starfield).

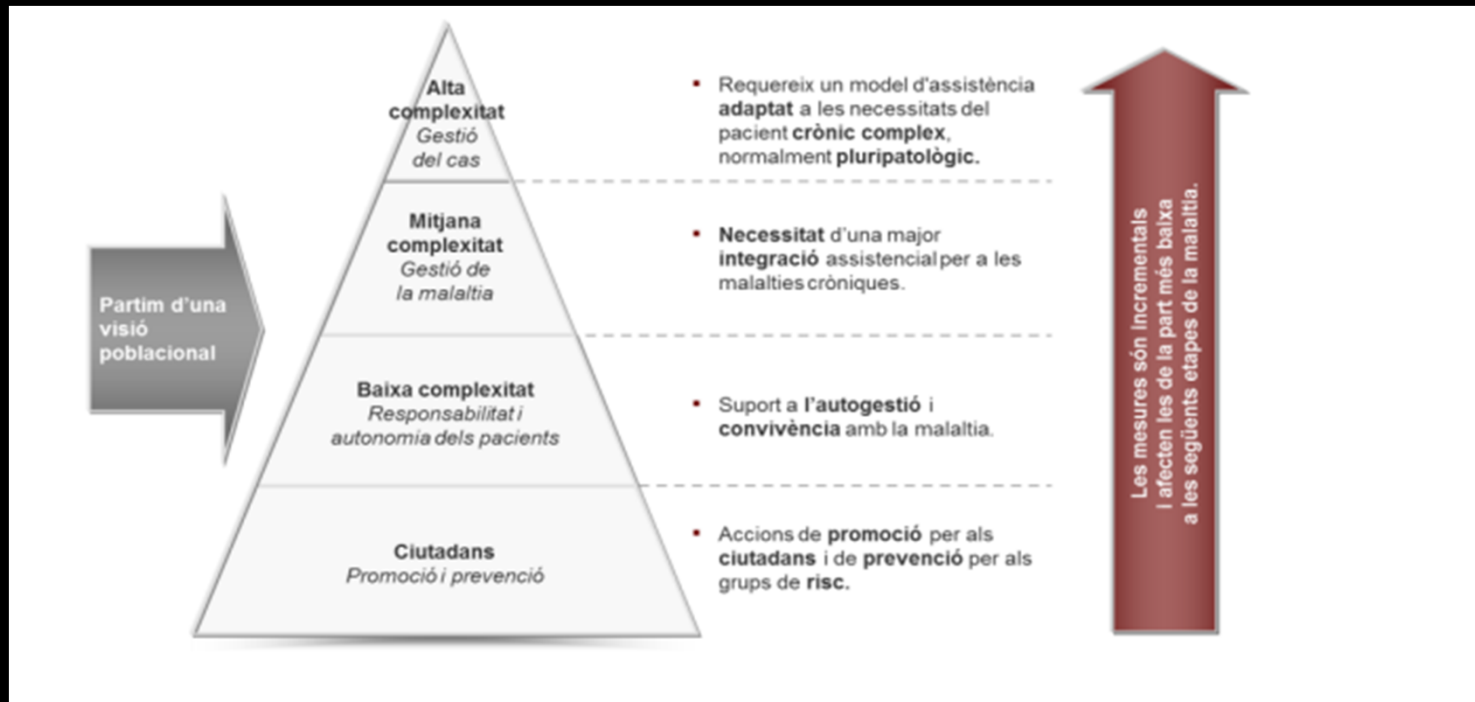
- B. Starfield. [Point: The changing nature of disease: implications for health services.](#) Med Care, 49 (2011), pp. 971-972.
- B. Starfield. [The hidden inequity in health care.](#) Int J Equity Health, 10 (2011), pp. 15.

CRÍTQUES AL CHRONIC CARE MODEL

- Van Leeuwen KM, Bosmans JE, Jansen APD, Hoogendijk EO, Muntinga ME, van Hout HPJ, et al. Cost-effectiveness of a chronic care model for frail older adults in Primary Care: Economic evaluation alongside a stepped-wedge cluster-randomized trial. J Am Geriatr Soc. 2015;63:2494-504.
- Boehmer KR, Abu Dabrh AM, Gionfriddo MR, Erwin P, Montori VM Does the chronic care model meet the emerging needs of people living with multimorbidity? A systematic review and thematic synthesis. PLoS ONE 2018 13(2): e0190852

2.2-KAISER PERMANENTE

- Anàlisi, segmentació i estratificació de la població segons complexitat i necessitats d'atenció.



FONT:http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicas/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/arxius/562conceptual.pdf

CRÍTIQUES AL KAISER PERMANENTE

- Gravelle H, Dusheiko M, Sheaff R, Sargent P, Boaden R, Pickard S, Parker S, Roland M. Impact of case management (Evercare) on frail patients: Controlled before and after analysis of quantitative outcome data. BMJ .2007; 334(7583):3134.
 - Per què aquests mals resultats?
- European Observatory on Health Systems and Policies Series. Caring for People with Chronic Conditions: A Health System Perspective. McGraw-Hill. 2008.
 - “Un model no pot ser transplantat d’un sistema a un altre”

CRÍTQUES A L'ESTRATIFICACIÓ

- Snooks H, Bailey-Jones K, Burge-Jones D, Dale J, Davies J, Evans B, *et al.* Predictive risk stratification model: a randomised stepped-wedge trial in primary care (PRISMATIC). *Health Serv Deliv Res* 2018;6(1)

*"To our surprise we found that, after the introduction of PRISM, there were **more emergency admissions to hospital**, more attendances at accident and emergency, and **more outpatient appointments**. So, health-care costs rose without clear evidence of benefits to patients. (...). General practice staff reported that a **new incentive payment** introduced at the same time as PRISM had encouraged them to use PRISM"*

REVISIONS DE MODELS D'ATENCIÓ A CRÒNICS

- Oxman AD, Bjørndal A, Flottorp S, Lewin S, Lindahl AK. [Integrated Health Care for People with Chronic Conditions](#). A Policy Brief. Report 2008. ISBN (digital): 978-82-8121-238-1.
- 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. 2017.

L'ESTRATIFICACIÓ A CATALUNYA

Pla de Salut 2011-2015: dos perfils de complexitat

PCC:

Pacient amb
multimorbiditat o
malaltia o condició única
que comporta gestió
clínica difícil

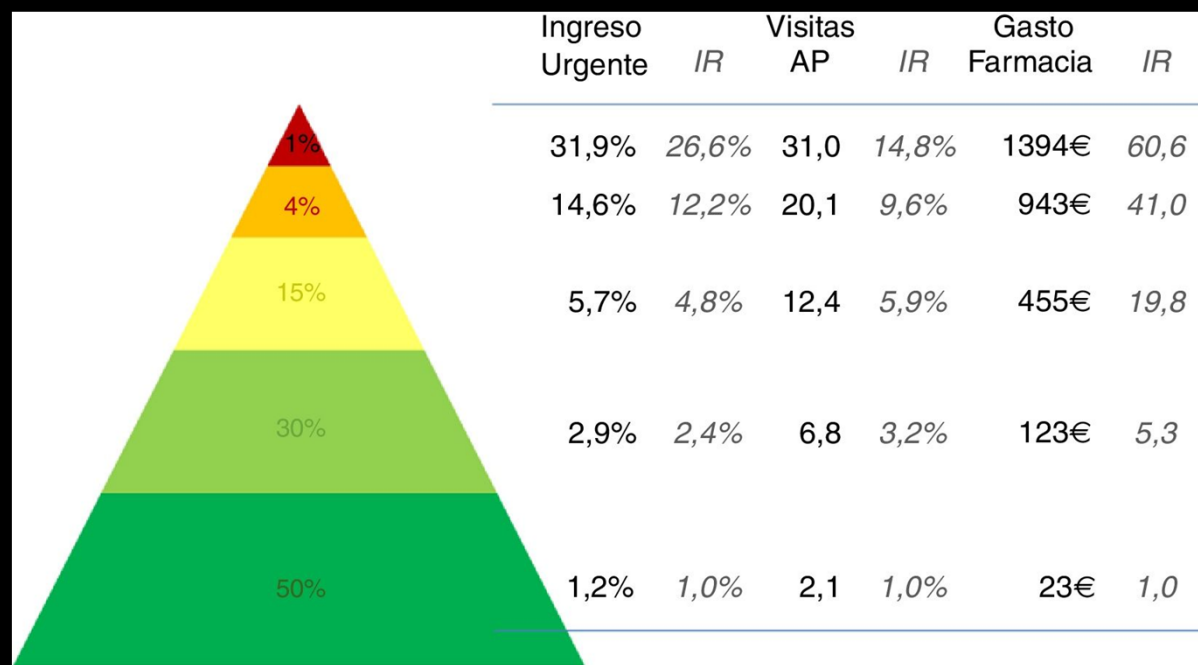
MACA:

Pronòstic de vida limitat,
altes necessitats,
orientació pal·liativa,
planificació de decisions
avançades

L'ESTRATIFICACIÓ A CATALUNYA

- **Criteris PCC:** situació de multimorbiditat, presència d'algunes malalties cròniques (ICC, MPOC, combinació d'aquestes amb altres), alta probabilitat de descompensació, nombre d'hospitalitzacions urgents, polimedicació. Pacients seleccionats pel personal sanitari en el procés d'atenció.
- Desenvolupar a mitjà termini un **model d'estratificació** –i, si fos possible, **predictiu**– basat en el càlcul de determinats **riscos d'interès**: hospitalització urgent i reingrés urgent. Progressivament, es podrien incorporar altres elements de predicció: institucionalització, alt consum de medicaments, (...)
- *FONT:* http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicas/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/pcc__juny_2012.pdf

UNA PROPOSTA DE CRITERI ESTRATIFICADOR



Monterde D, Vela E, Clèries M. Los grupos de morbilidad ajustados: nuevo agrupador de morbilidad poblacional de utilidad en el ámbito de la atención primaria. Aten Primaria 2016;48:674-82



INTERVENCIIONS EN ELS PACIENTS ESTRATIFICATS

- No homogènies.
- PIIC.
- Inequitat.
- Cost-oportunitat.

EN TENIM ALGUNA AVALUACIÓ?



REVISIÓ CRONICITAT AQUAS 2013

- Les **avaluacions** de les intervencions “innovadores”:
 - En menys del **50%** de les intervencions.
 - **Biaix de publicació**: només si tenen resultats positius.
 - Resultats en satisfacció de pacients i cuidadors, no hi ha resultats en salut i eficiència.
 - Són resultats **parcials**: mai de sistema, no visió poblacional, ni tenint en compte condicionants previs.

http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2013/pdf/cronicitat_marc_conceptual_aquas2013.pdf

REVISIÓ CRONICITAT AQUAS 2013

- *“Tot i que molts proveïdors han desenvolupat **solucions innovadores** per a l’atenció a la cronicitat, la realitat és que existeixen molts models d’atenció que impliquen dispositius assistencials de manera heterogènia i **sense garanties d’integració**: s’organitzen en funció de les **disponibilitats locals** i no en funció d’una valoració de les necessitats, els recursos i un pla d’actuació. Alguns dispositius assistencials es poden centrar en **subgrups** de pacients, **sense tenir en compte les necessitats globals**.”*

http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2013/pdf/cronicitat_marc_conceptual_aquas2013.pdf



RECAPITULACIÓ

- Model segmentat, enfocat a contenir la despesa.
- Centrat en malalties: inequitat.
- Objectius no importants pel pacient: anys lliures de discapacitat, QdV.
- Dubtes sobre la seva cost-efectivitat a Europa i EUA.
- Un model no es pot transplantar d'un sistema a un altre.
- PCC/MACA: no tenim avaluacions.

4.- CANVI DE PLA

BASES PER A UN MODEL CATALÀ D'ATENCIÓ A LES PERSONES AMB NECESSITATS COMPLEXES

Conceptualització i introducció als elements operatius

Versió 6.0 del 27 de març de 2017



LA COMPLEXITAT

- COMPLEXITAT: Situació que reflecteix la dificultat de **gestió** d'un pacient i la **necessitat d'aplicar-li plans individuals específics** a causa de la presència o la concurrència de malalties, de la seva manera d'utilitzar els serveis o del seu entorn.

Font: Termcat. <http://www.termcat.cat/docs/PDF/TerminologiaCronicitat.pdf>

ELS NOUS CRITERIS PER SER UN PCC SÓN:

Críteris relacionats amb el pacient

- Multimorbiditat.
- Patologia crònica única greu o progressiva (incloent-hi malaltia neurològica o trastorn mental greu, demència i les discapacitats intel·lectuals, físiques o sensorials).
- Alta probabilitat de patir descompensacions amb molta simptomatologia i mal control.
- Síntomes persistents intensos i refractaris.
- Evolució dinàmica, variable i que requereix monitoratge continu.
- Alta utilització de serveis (urgències, visites a atenció primària, ingressos, etc.).
- Polimedicació o consum alt de recursos.
- Condicions de gravetat o progressió quant a la fragilitat, funcionalitat o deteriorament cognitiu.
- Aparició de síndromes geriàtriques.
- Edats extremes (complexitat en pediatria o en pacients de 85 anys o més).
- Malalties minoritàries.
- Determinats trams en els registres d'estratificació. Els CRG que concentren més gravetat són el CRG 5, amb gravetat 6; el CRG 6, amb gravetat 5-7; el CRG 7, amb gravetat 2-6; el CRG 8, amb gravetat 3-6; i el CRG 9, amb gravetat 2-6.

Críteris que depenen dels professionals

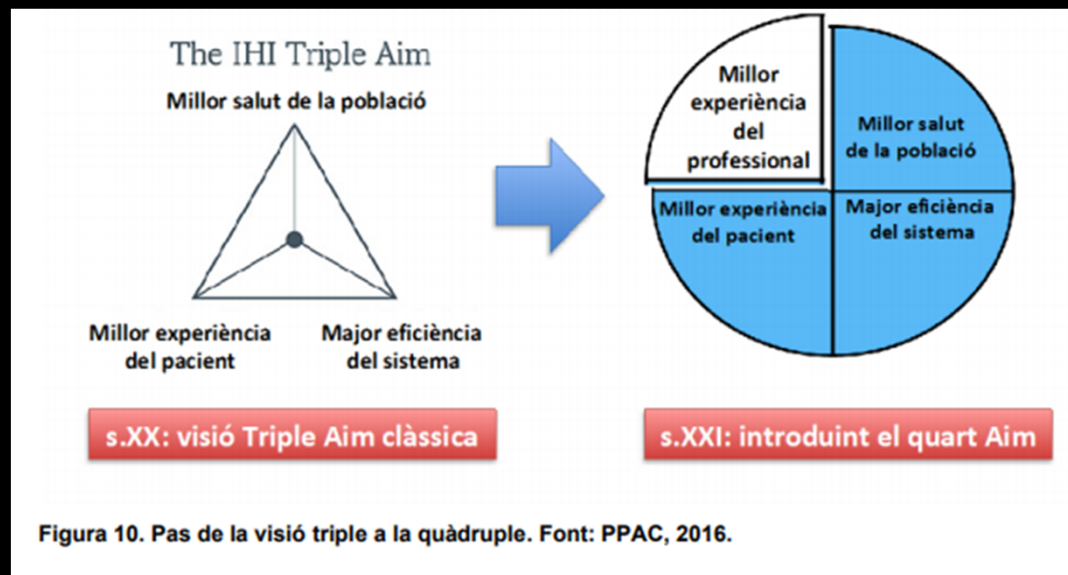
- Requeriment de maneig multidisciplinari.
- Exposició a discrepàncies entre diferents professionals o equips quant als criteris de gestió clínica.
- Necessitat d'activar i gestionar l'accés a diferents dispositius i recursos (sovint per vies preferents).
- Entorn d'especial incertesa en les decisions i de dubtes de maneig.
- Gestió del pacient que es beneficiaria d'estratègies d'atenció integrada.

Críteris de l'àmbit social

- Situacions psicosocials adverses (vegeu la pàgina 7).

NOUS CONCEPTES

- Rutes d'atenció a la complexitat
- Triple aim afegint-hi la satisfacció professional.
- Dispositius assistencials d'atenció a la complexitat.



QUI HA D'ATENDERE ELS NOUS PCC?

ATENENT ENTRE TOTS LA COMPLEXITAT: UNA PROPOSTA D'ATENCIÓ INTEGRADA PER A CATALUNYA

Quins rols professionals determina l'atenció a la complexitat?

Els principals rols que cal tenir en compte són els del **PROFESSIONAL EXPERT (PE)**, el **PROFESSIONAL REFERENT (PR)** i el **GESTOR DEL CAS (GC)**, i els seus trets més rellevants són aquests:

PE	Té una alta competència en àmbits específics i dona suport al procés d'atenció.
PR	Coneix la persona i el seu entorn, i colidra amb la persona la gestió del pla d'atenció.
GC	Coneix el cas i els recursos de l'entorn, vetlla pel compliment del pla i acompanya la persona en el trajecte d'atenció.

http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematics/linies_dactuacio/model_assistenci_al/atencio_al_malalt_cronic/documents/arxiu/doc_complexitat_final_5.pdf

DISPOSITIUS SEGMENTATS: PRUDÈNCIA EN GESTIÓ

- McDonald KM 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; 2007.

“Els decisors polítics i gestors han de ser cauts abans d’invertir recursos significatius per implantar intervencions sense evidència demostrada del seu valor, encara que sembli que tenen sentit.”



QUIN ÉS EL MILLOR MODEL PEL
NOSTRE ENTORN AMB LES
EVIDÈNCIES ACTUALS?




EL MILLOR MODEL D'ATENCIÓ A LA CRONICITAT ÉS L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

- Sistema sanitari públic d'accés **universal** amb atenció primària forta.
- Atenció **longitudinal**, focalitzada en la persona, al llarg de la vida.
- Millora els resultats de salut i qualitat de vida.
- Intervenció més cost-efectiva.
- Equitativa.
- Redueix iatrogènia: millora la **seguretat** del pacient.

- WHO 2008: “the broad focus of primary health care, along with the social determinants of health, should be kept foremost in policy of all countries”



- FONT: World Health Organization. [The World Health report 2008: primary health Care – now more than ever](#). 2008.




HANSEN J, GROENEWEGEN PP, BOERMA WGW, KRINGOS DS. **LIVING IN A COUNTRY WITH A STRONG PRIMARY CARE SYSTEM IS BENEFICIAL TO PEOPLE WITH CHRONIC CONDITIONS.** HEALTH AFF 2015 09;34(9):1531-35A.

- <https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.2015.0582>

- Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, Saltman RB. Building primary care in a changing Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015
- Casado V. Construyendo la atención primaria española en una Europa cambiante. Aten Primaria. 2016;48(2):71-72.
 - Elevat valor intrínsec: per què no es tradueix en polítiques?
 - Per què en la crisi ens plantejem segmentar?
 - Per què no reduir estructures ineficients?
 - Per què no avaluem l'impacte de l'AP aquí?



- 
- Imison C, Curry N, Holder H, Castle-Clarke S, Nimmons D, Appleby J, Thorlby R and Lombardo S (2017), [Shifting the balance of care: great expectations](#). Research report. Nuffield Trust
 - Varela J. [Invertir en atención primaria y en servicios comunitarios: una estrategia de alto valor](#). Disponible en: <http://gestionclinicavarela.blogspot.com.es/2018/02/invertir-en-atencion-primaria-y-en.html>

- 
- Starfield B. Primary care: An increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012.
Gac Sanit

- Cobertura universal
- Equitat en la distribució dels recursos
- Integralitat dels serveis
- Accessibilitat
- **Longitudinalitat**: salut, estalvi i seguretat del pacient.
- Visió focalitzada en la persona

NI CENTRAT EN EL PACIENT, NI EN MALALTIES, NI EN NECESSITATS

Patient-centered care	Person-focused care
Generally refers to interactions in visits	Refers to interrelationships over time
May be episode oriented	Considers episodes as part of life-course experiences with health
Generally centers around the management of diseases	Views diseases as interrelated phenomena
Generally views comorbidity as number of chronic diseases	Often considers morbidity as combinations of types of illnesses (multimorbidity)
Generally views body systems as distinct	Views body systems as interrelated
Uses coding systems that reflect professionally defined conditions	Uses coding systems that also allow for specification of people's health concerns
Is concerned primarily with the evolution of patients' diseases	Is concerned with the evolution of people's experienced health problems as well as with their diseases

Starfield B. Is Patient-Centered Care the Same As Person-Focused Care? The Permanente Journal. 2011;15(2):63-69.



BARRERES PER AQUEST MODEL

- Guies de pràctica clínica-protocolització.
- El pagament per objectius, basats en malalties.
- Organització dels serveis per malalties, rutes assistencials.
- Enlluernament tecno-científic.
- Organitzatives: precarietat, manca de recolzament organitzatiu de la longitudinalitat.

6.- CONCLUSIONS

- L'envelliment és desitjable i la malaltia crònica esperable, l'objectiu del sistema sanitari ha de ser preservar la qualitat de vida de les persones.
- Despesa: ús i cost de la tecnologia. Pràctiques de baix valor.
- Referents del pla de cronicitat: evidències controvertides, objectius econòmics, no de salut o qualitat de vida.
- Els plans de salut no es poden transplantar d'un sistema a un altre.
- A Catalunya s'ha estratificat amb criteris de despesa sanitària i s'han fet intervencions no homogènies que afecten l'equitat.
- No disposem d'avaluacions dels canvis que s'han fet.

CONCLUSIONS

- El millor model d'atenció a les persones amb malalties cròniques en un Sistema sanitari públic d'accés universal és una **atenció primària forta**:
 - Atenció longitudinal, focalitzada en la persona, al llarg de la vida.
 - Millora els resultats de salut poblacional i qualitat de vida.
 - És la més cost-efectiva.
 - Millora la seguretat del pacient.
 - És la més equitativa.
 - En el nostre cas no cal fer canvis de model teòric, "sols" millores.

7.- DE CARA AL FUTUR

- Donat que no hi ha cap evidència de millora global amb abordatges que segmenten, no canviar el que tenim: **atenció primera nuclear** per atendre tots els pacients (inclosos crònics).
- Caldria dotar-la de **recursos** (incloent autogestió) i pressupost per poder fer bé les seves tasques. Si creem equips de suport li minvem recursos.
- Promoure una relació entre els diferents nivells assistencials basada en la **cooperació i el respecte mutu**, més enllà de compartir informació clínica. **Coordinació des de l'APS**.
- Evitar els dispositius que segmenten els pacients per malalties. Metgessa/infermera/TS d'atenció primària "visió global" i disposar **d'interconsultes ràpides i efectives** per la major part d'especialistes focals (incloent atenció a domicili si cal).
- I, sobretot...: **Polítiques** per millorar l'entorn **social i econòmic** de les persones, famílies i comunitats.



MOLTES GRÀCIES PER LA
VOSTRA ATENCIÓ



“Los médicos podrían preferir pensar en el nivel de glucemia antes que en las circunstancias de la vida de un paciente.

Las razones son evidentes.

Habitualmente la ciencia es relativamente simple y rápida, mientras que los asuntos sociales llevan tiempo y energía; los resultados no pueden ser fácilmente medidos.

Pero lo social tiene mayor importancia de la que queremos otorgarle”

Patrick Hutt

POSTFACI

- FOCAP “L’invent de la cronicitat” setembre 2017: <https://focap.wordpress.com/2017/09/01/linvent-de-la-cronicitat/>
- La vuelta al sentido común en la atención a las personas con muchos problemas de salud: el modelo CPC-CS. Por Rosa Magallón, publicat el 8 de maig 2018 a Gaceta Sanitaria. <http://sespas.elsevier.es/la-vuelta-al-sentido-comun-en-la-atencion-a-las-personas-con-muchos-problemas-de-salud-el-modelo-cpc-cs/>