



Resumen Ejecutivo

Informe sobre Estudios de Caso en reformas de Atención Primaria



Abril de 2023

RFS REFORM/SC2021/058

AARC - Consortium

El proyecto está financiado por la Unión Europea a través del Instrumento de Apoyo Técnico y ejecutado por NTT Data, en colaboración con la Dirección General de Apoyo a las Reformas Estructurales de la Comisión Europea (DG Reform).

Grupos de trabajo

En este Informe han participado diferentes grupos de trabajo, tanto a nivel de redacción y revisión, como a nivel de contribución en el trabajo de campo. Los miembros y función de cada grupo de trabajo que ha participado en el informe hasta la fecha están explicados a continuación. Todas las comunidades autónomas (CC.AA.) están representadas, a nivel técnico, por los Grupos Técnicos Regionales (RSWG, por sus siglas en inglés).

Ilustración 1: Grupos de trabajo involucrados en la Fase 3



- **Comité Operativo (OWG):** Encargado de llevar a cabo el seguimiento operativo y estratégico del proyecto, así como la revisión y validación de los entregables.
- **Advisory Board (AB):** Encargado de asesorar al equipo de NTT Data en las actividades necesarias.
- **Expertos de Área:** encargados de facilitar información sobre reformas realizadas en otros países (principalmente en Europa).
- **Grupos Técnicos Regionales (RSWG):** participación en los Talleres *online* I de Estudios de Caso internacionales para proporcionar su opinión y conocimiento sobre aspectos de las reformas que puedan ser transferibles a la realidad de la Atención Primaria en España. Algunos miembros de los Grupos Técnicos Regionales designaron a representantes para acudir a las sesiones.
- **Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes:** participación en los Talleres *online* II de Estudios de Caso internacionales para proporcionar su opinión y conocimiento sobre aspectos de las reformas que puedan ser transferibles a la realidad de la Atención Primaria en España.

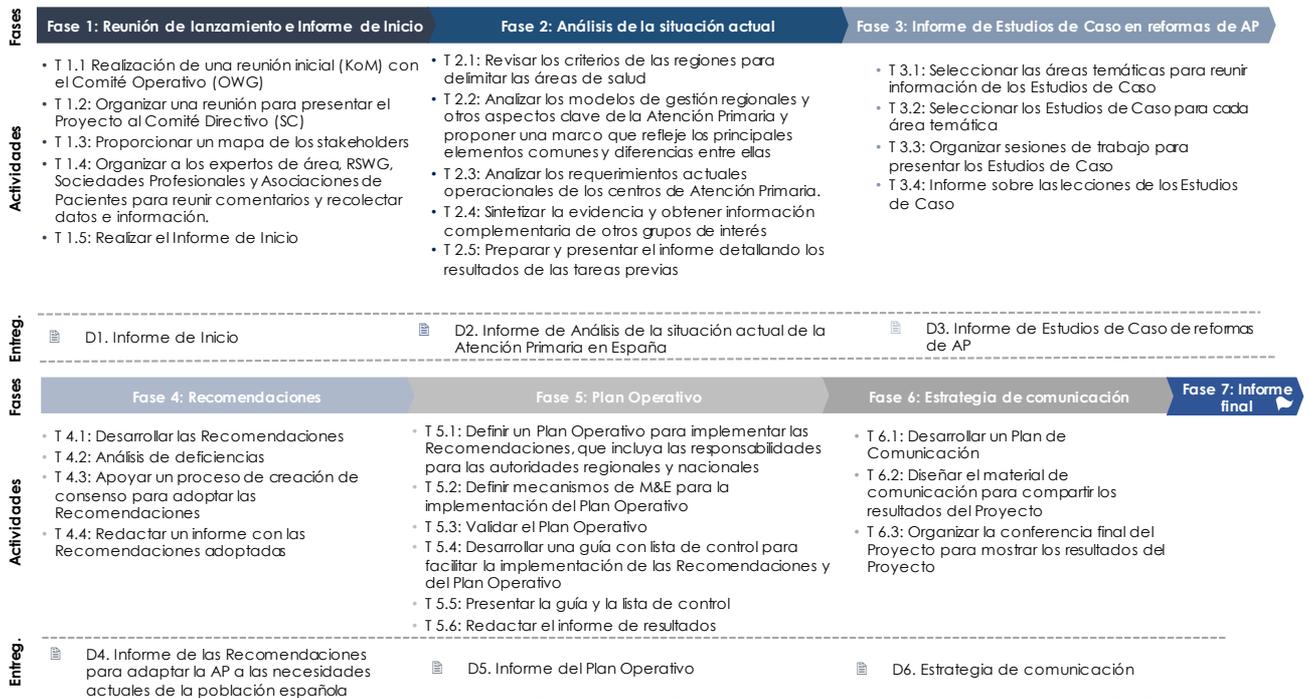
Introducción y objetivos

Este documento se enmarca en la Fase 3 del proyecto **"Adaptación de la Atención Primaria (AP) a las necesidades actuales de la población española"**, financiado por la Unión Europea a través del Instrumento de Apoyo Técnico y ejecutado por NTT Data, en colaboración con la Dirección General de Apoyo a las Reformas Estructurales de la Comisión Europea (DG Reform).

El objetivo principal del proyecto es desarrollar una serie de Recomendaciones sobre criterios, modelos de gobernanza y requisitos que promuevan la equidad en el acceso a servicios de alta calidad en Atención Primaria. El resultado esperado es proporcionar herramientas que permitan al Sistema Nacional de Salud adaptar los servicios de AP a las necesidades concretas de las diferentes realidades, como zonas urbanas, zonas con puestos de difícil cobertura, atención a pacientes crónicos, etc.

El proyecto consta de 7 fases y este documento es el Resumen Ejecutivo del Informe de resultados del entregable (D3) de las Fase 3 "Estudios de Caso en reformas de Atención Primaria".

Ilustración 2: Fases, tareas y entregables del proyecto



Objetivos de la Fase 3

Los objetivos de la Fase 3 son:

- Adquirir conocimientos y experiencias de otros países, principalmente de Europa, para mejorar la Atención Primaria en los sistemas sanitarios.
- Seleccionar aspectos y extraer conclusiones suficientemente completas, aplicables y detalladas para ayudar a elaborar recomendaciones para mejorar la AP.

El proyecto se centra en 5 áreas de análisis:



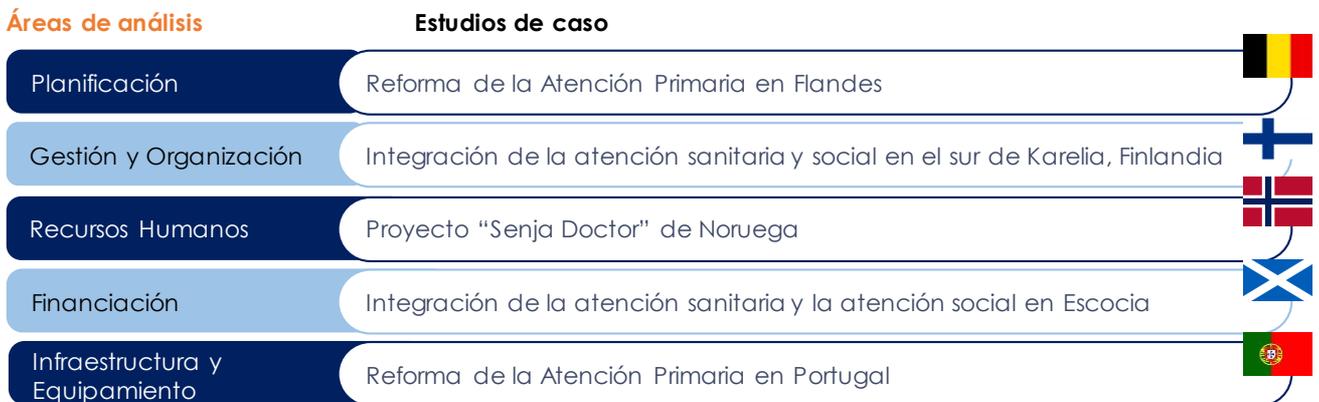
1. **Planificación:** Criterios para delimitar áreas y zonas básicas de salud; Políticas y regulación nacional y regional; Diferencias entre zonas urbanas y rurales.
2. **Gestión y Organización:** Modelos de gestión; Diferencias entre zonas rurales y urbanas; Modelos de coordinación entre niveles de atención; Modelos de coordinación entre sanidad y proveedores de asistencia social.
3. **Recursos Humanos:** Políticas de recursos humanos; Modelos de cooperación entre profesionales; Composición de los equipos de Atención Primaria; Ratios de personal.
4. **Financiación:** Presupuesto sanitario regional para Atención Primaria; Necesidades de financiación.
5. **Infraestructura y Equipamiento:** Disponibilidad de equipamiento médico; Tecnologías TIC; Calidad de las infraestructuras (salas de consultas...); Planes de mantenimiento, renovación o construcción de centros de Atención Primaria.

Metodología

Selección de Estudios de Caso para incluir en el informe

1 Las características significativas para la selección bibliográfica de los Estudios de Caso fueron reformas en AP relacionadas con las 5 áreas de análisis; reformas en AP llevadas a cabo en otros países; países prioritariamente de la Unión Europea; países con sistemas sanitarios similares al español (modelo Beveridge) y países con una organización similar a la española (descentralizados). Los Expertos de Área y el Advisory Board contribuyeron complementando la bibliografía (artículos, informes, etc.) Se revisaron 112 referencias bibliográficas de reformas en AP. El OWG selección 9 (entre 1 y 3 por área de análisis del proyecto). Para cada Estudio de Caso se generó una ficha documental. Los representantes del Ministerio de Sanidad seleccionaron un Estudio de Caso por área para debatir su potencial transferibilidad en las sesiones de Talleres *online* con los miembros de los RSWG y representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes. Para la selección de cada Estudio de Caso a debatir en los Talleres *online* se tuvieron en cuenta aspectos como transferibilidad, aplicabilidad, utilidad, pertinencia, adecuación, innovación, impacto, equidad, accesibilidad y continuidad de cuidados.

Ilustración 3. Estudios de Caso seleccionados para el Taller online



2 Talleres online sobre los Estudios de Caso



Los asistentes a los Talleres online I fueron los miembros de los RSWG, y a los Talleres online II los representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes. Para ambas sesiones participaron, además, el OWG; los Expertos de Área; los miembros del Advisory Board y expertos internacionales involucrados / con amplio conocimiento de las reformas seleccionadas. Cada Taller online se dividió en 5 sesiones, una por cada área de análisis. Para dinamizar los Talleres online, se enviaron con anterioridad a todos los participantes los Estudios de Caso y un cuestionario para fomentar la reflexión.

Al inicio de los debates de cada área, los expertos internacionales expusieron los detalles de los Estudios de Caso y se dio espacio a los asistentes para que pudieran realizar preguntas. Tras las preguntas de los asistentes, la sesión se centró en un debate sobre la evaluación de la transferibilidad del Estudio de Caso. Este debate se estructuró en 4 partes. A continuación, se detalla la estructura y las herramientas utilizadas:

- **Aspectos de interés de la reforma:** aspectos concretos más relevantes que pueden ser interesantes transferir a la AP de España. Los participantes votaron aquellos aspectos concretos que consideraban más importantes tener en cuenta para su posible transferibilidad. Contaban con 3 votos y podían distribuirlos como estimaran oportuno.
- **Transferibilidad de los aspectos de interés priorizados.** Sobre los aspectos relevantes más votados, se realizó un debate en el que se valoró: (1) valor añadido del aspecto de la reforma; (2) la posible transferibilidad al sistema sanitario español (facilitadores y limitadores) y (3) alternativas. Tras cada debate se realizó una votación a través de Zoom del Impacto, en términos de beneficios que tendría dicho aspecto en la AP española, y el Esfuerzo respecto a los recursos que conllevaría implantar cada aspecto en España (ninguno, bajo, alto, muy alto).
- **Matriz Impacto – Esfuerzo.** El resultado de las votaciones se plasmó en una matriz "Quick-Wins". Se ponderaron los resultados y los valores se normalizaron en una escala del 0 al 10, siendo 0 el valor ninguno y 10 el valor más alto.
- **Conclusiones.** Tras el debate el miembro invitado del Advisory Board de cada Estudio de Caso fue el responsable de realizar un resumen de las principales conclusiones obtenidas durante la sesión.

Se muestran a continuación los principales aspectos de los Estudios de Caso destacados por los miembros de los RSWG y los representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes.

Expertos Internacionales – Estudios de Caso discutidos en los Talleres online

Area	País	Nombre	Cargo
Planificación	Bélgica	Thomas Boeckx	Médico de Atención Primaria. Flanders Agency of Health and Care
Gestión y Organización	Finlandia	Merja Tepponen	Doctora en medicina y Directora de Desarrollo del Distrito de Atención Sanitaria y Social del Sur de Karelia (EKSOTE)
Recursos Humanos	Noruega	Jorunn Nygaard	Médico de familia por la Universidad de Bergen
Financiación	Escocia	Sarah Reed	Investigadora senior del Nuffield Trust
Infraestructura y Equipamiento	Portugal	Luis Pisco	Médico de familia. Presidente de la Administración Regional de Salud de Lisboa y Tagus Valley

Resultados

1. Planificación

Reforma de la Atención Primaria en Flandes



La reforma de la AP en Flandes fue seleccionada por el interés en la **reorganización y planificación** de las áreas de salud, estableciendo niveles organizativos, reconfigurando y reordenando las zonas de AP. Además, se consideró especialmente relevante esta reforma por estar centrada en la atención a las personas.

Los miembros de los RSWG indicaron como aspectos más relevantes (1) la **coordinación socio-sanitaria con una gestión común** y (2) el respaldo a los avances de las TIC. Por su parte los representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes indicaron como aspectos más relevantes (1) el refuerzo de la capacidad de la **autogestión en los usuarios** y (2) la **continuidad de la atención** a las personas con necesidades de cuidados complejos y/o de larga duración con la coordinación de los sectores sanitario y no sanitario y la participación de los cuidadores informales. Ambos grupos enfatizaron, además, la complejidad de establecer sistemas de información conjuntos para ambos ámbitos asistenciales y de compartir recursos entre dos ámbitos actualmente distantes.

En cuanto a las diferencias, los representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes centraron el debate en aspectos relacionados con la formación de los profesionales y pacientes y la continuidad en la atención, mientras que los miembros de los RSWG abordaron aspectos relacionados con la complejidad de implementar la atención integrada con nuevas TIC evitando crear inequidades.

2. Gestión y Organización

Integración de la atención sanitaria y social en el sur de Karelia, Finlandia



El Estudio de Caso de Karelia del Sur se seleccionó por su innovación implantando una **atención integral domiciliaria** a la población envejecida de esta región de Finlandia con el apoyo de la creación de un **sistema de información único** para el paciente.

En ambos Talleres online se consideraron (1) la **integración de la atención sanitaria y social** y (2) la **integración digital de los servicios informáticos** los dos aspectos más relevantes de la reforma. Ambos Grupos de Trabajo coincidieron en que el **abordaje único al paciente**, garantizando la equidad, supone un valor añadido para el Sistema Sanitario español. No obstante, la separación actual que existe entre los ámbitos asistenciales, con historias electrónicas diferenciadas, falta de interoperabilidad, legislación restrictiva, necesaria re-distribución de competencias y la brecha digital suponen limitadores importantes en el contexto español.

Algunos aspectos relevantes destacados por los representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes no fueron aspectos prioritarios para los miembros de los RSWG, como dotar de mayor autonomía a los municipios, proporcionar dispensadores de medicamentos a las zonas rurales o establecer un reparto económico en función de las necesidades de los pacientes.

3. Recursos Humanos

Proyecto "Senja Doctor" de Noruega 

El proyecto "Senja Doctor" que se llevó a cabo en Noruega se seleccionó como Estudio de Caso dados los **resultados satisfactoriamente eficaces** para profesionales sanitarios, autoridades políticas y autoridades de la administración, logrando reducir la **rotación de profesionales** y reforzando el **sentimiento de pertenencia**.

En ambos Talleres *online* se abordaron aspectos similares, centrados principalmente en la necesidad de establecer incentivos específicos para los profesionales que prestan sus servicios en puestos/zonas de difícil cobertura: (1) homologación de las **horas de desplazamiento como horas de trabajo**; (2) **disminución de la asignación de pacientes por profesional**; (3) medidas de **conciliación** y (4) ofrecer mayores **oportunidades de investigación** para los profesionales que cubren estos puestos.

Los miembros de los RSWG también abordaron aspectos organizativos, como la incorporación de la figura de un "centro oficial" o "anfitrión"; su modelo de colaboración entre municipios o la red de profesionales de soporte.

En cuanto a la potencial transferibilidad de estos aspectos, mientras que los miembros de los RSWG reconocieron como facilitadores nuevamente aspectos organizativos y la composición y predisposición de los equipos de AP, los representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes, por su parte, identificaron como facilitadores los esfuerzos que ya se están llevando a cabo por parte de las CC.AA.

Por último, y en relación con los limitadores, ambos foros coincidieron en destacar dos aspectos: (1) la rigidez de las políticas de Recursos Humanos, que dificulta a las CC.AA. adaptarse ágilmente a las necesidades cambiantes; y (2) la carencia de profesionales sanitarios actual y especialmente futura.

4. Financiación

Integración de la atención sanitaria y
la atención social en Escocia



La reforma de Escocia resulta especialmente relevante por la **asociación presupuestaria de los ámbitos social y sanitario** mediante la creación de autoridades integradas, formadas por autoridades locales y consejos de salud, las cuales gestionan un presupuesto único.

Ambos Grupos de Trabajo indicaron como aspectos relevantes: (1) la **integración de AP con servicios sociales**; (2) la **asociación presupuestaria**; (3) la **orientación a salud comunitaria**; y (4) la importancia de definir **indicadores válidos y fiables**. Sin embargo, los representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes destacaron como aspecto relevante la importancia de contar con equipos multidisciplinares, mientras que los miembros de los RSWG indicaron aspectos legales y estructurales.

Los miembros de los RSWG indicaron como aspecto facilitador para la implementación de esta medida la relación sociosanitaria existente a consecuencia de la pandemia y la necesidad de mantenerla. Por su parte, los representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes indicaron como limitadores la falta de terapias no farmacológicas, la necesidad de educación en prevención, la necesidad de cambiar el modelo de gobernanza y la falta de voluntad política para llevar a cabo una reforma dirigida hacia la integración.

5. Infraestructura y Equipamiento

Reforma de la Atención Primaria en Portugal



La reforma de la AP en Portugal se seleccionó por la informatización completa de los servicios de salud que se llevó a cabo, la cual permitió disponer de un sistema operativo universal que posibilita la **atención integrada** y el **seguimiento de los equipos en relación con la productividad, accesibilidad y calidad de la atención**.

Los aspectos más relevantes señalados por ambas audiencias fueron similares: (1) **modernización/renovación de la infraestructura y TIC**; (2) **seguimiento y evaluación de los equipos mediante indicadores**; e (3) **interoperabilidad** de los sistemas de información a nivel nacional. Aunque en ambos Talleres *online* se abordaron cuestiones similares relacionadas con los recursos humanos, como los incentivos y la motivación, los representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes centraron el debate en la evaluación de los profesionales, mientras que los miembros de los RSWG destacaron aspectos relacionados con la rigidez de la normativa actual.

En relación con otros aspectos debatidos, los miembros de los RSWG centraron el resto del debate en el seguimiento de los equipos mediante indicadores y, por su parte, los representantes de las Sociedades Profesionales y Asociaciones de Pacientes abordaron en profundidad la interoperabilidad de la información a nivel nacional.





Anexos

Anexo I: Fichas de Estudios de Caso

Fuentes de información

A continuación se muestran las variables incluidas en las fichas de los Estudios de Caso y las fuentes de datos con hipervínculo a la fuente original.

Características de la población y situación de salud

Variable	Año	Fuente
Tamaño poblacional (nº de habitantes)	2021	The World Bank
Porcentaje de población de 65 años y más (%)	2021	The World Bank
Esperanza de vida al nacer (años)	2019	Global Health Observatory, WHO
Años de vida en buena salud a los 60 años (años)	2019	Global Health Observatory, WHO
Mortalidad general (nº muertes/100.000 habitantes)	2019	World Population Review
Estado de salud auto percibida (proporción de personas con estado de salud percibido bueno o muy bueno)	2021	Eurostat
Consumo de tabaco (fumadores diarios, porcentaje en población de 15 y más años)	2019	Global Health Observatory, WHO
Consumo de alcohol (litros per cápita en población de 15 y más años)	2019	Global Health Observatory, WHO
Obesidad (porcentaje de adultos de 18 y más años con IMC mayor o igual a 30 kg/m ²)	2016	Global Health Observatory, WHO

Características del Sistema Sanitario y Organización de la AP

Variable	Año	Fuente
Modo de provisión de servicios sanitarios: público o privado	2023	World Population Review
Modelo organizativo de la Atención Primaria: (grupos de médicos/grupos de médicos y otros profesionales, práctica individual, etc.)	2019	Health care systems in the European Union countries, Spanish Ministry of Health
Atención Primaria como filtro para el acceso a otros especialistas: si/no (excepciones)	2019	Health care systems in the European Union countries, Spanish Ministry of Health
Copago por utilización de la AP: por asistencia o por algún procedimiento	2019	Health care systems in the European Union countries, Spanish Ministry of Health
Gasto sanitario en función del PIB (%)	2020	Global Health Observatory, WHO

1. Reforma de la Atención Primaria en Flandes – Bélgica

Área de Análisis	Planificación
Estudio de Caso	Reforma de la Atención Primaria en Flandes
País y región	Bélgica, Flandes



Características generales

Características de la población y situación de salud

	España	Bélgica
Tamaño poblacional (nº de habitantes)	47,415,750	11,592,950
Porcentaje de población de 65 años y más (%)	20	19
Esperanza de vida al nacer (años)	83.2	81.4
Años de vida en buena salud a los 60 años (años)	19.2	18.17
Mortalidad general (nº muertes/100.000 habitantes)	950	980
Estado de salud auto percibida (proporción de personas con estado de salud percibido bueno o muy bueno)	71.2	76.4
Consumo de tabaco (fumadores diarios porcentaje en población de 15 y más años)	27.7	23.4
Consumo de alcohol (litros per cápita en población de 15 y más años)	12.7	10.8
Obesidad (porcentaje de adultos de 18 y más años con IMC mayor o igual a 30 kg/m2)	23.8	22.1

Características del Sistema Sanitario y Organización de la AP

	España	Bélgica
Modo de provisión de servicios sanitarios: público o privado	<i>Público</i>	<i>Privado</i>
Modelo organizativo de la Atención Primaria: (grupos de médicos/grupos de médicos y otros profesionales, práctica individual, etc.)	<i>Grupo de doctores y otros profesionales</i>	<i>Práctica individual</i>
Atención Primaria como filtro para el acceso a otros especialistas: sí/no (excepciones)	<i>Sí</i>	<i>No</i>
Copago por utilización de la AP: por asistencia o por algún procedimiento	<i>No</i>	<i>No</i>
Gasto sanitario en función del PIB (%)	10.71	11.06

Descripción del Estudio de Caso

Antecedentes y justificación

Como región de Bélgica, Flandes ha sido durante años uno de los sistemas sanitarios más sólidos de Europa. Además, es miembro de la Red de Regiones por la Salud (RHN), que opera en la OMS a nivel europeo. En 2014 y en el marco de la "Sexta Reforma de Estado de Bélgica", se realizó una reasignación de funciones desde el nivel federal/central a Flandes, pero también al resto de regiones. Esta medida buscaba crear servicios de Atención Primaria (AP) que ofrecieran una atención integrada de alta calidad a todas las personas que lo necesiten, en los casos que apliquen, y a los cuidadores informales.

Los motivos que impulsan a Flandes a reformar la atención Primaria son similares a los que pueden impulsar a España:

- Cambios demográficos y epidemiológicos.
- Evolución tecnológica.
- Nuevas tecnologías de la información y comunicación que permiten cambios en patrones de asistencia, soporte al cuidado a domicilio, ayudar en el proceso de toma las decisiones y la calidad asistencial.
- Mayor preocupación sobre la brecha entre el sector sociosanitario y el sistema de salud y lo que podría ayudar a disminuir la brecha.

Ante estos retos, la región de Flandes inició una reforma de la Atención Primaria basada en las medidas y objetivos que se enumeran a continuación.

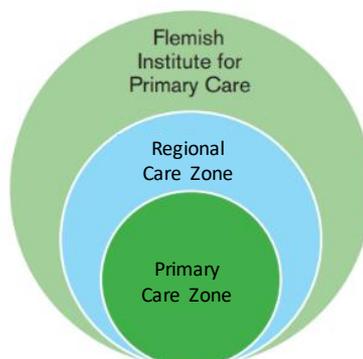
Descripción de la medida llevada a cabo

Objetivos generales:

- Reforzar y simplificar la Atención Primaria.
- Establecer una base sólida de atención integrada, mediante la creación de mecanismos que apoyen en la integración asistencial entre Atención Primaria y Servicios Sociales a lo largo del tiempo.
- Reforzar las iniciativas de bienestar, la atención social y la atención sanitaria
- Abordar los puntos débiles del sistema flamenco de Atención Primaria
- Reconfiguración y reordenación de las zonas de Atención Primaria con el objetivo de favorecer la coordinación y mejorar la planificación en su conjunto.

En este último punto, se han desarrollado 3 niveles: Zona de Atención Primaria, Zona Regional de Atención y el Instituto Flamenco para la Atención Primaria.

La nueva estructura de apoyo en el sistema sanitario flamenco



De abajo a arriba:

1. Zonas de atención primaria (PCZ)

Las zonas de atención primaria (PCZ – Primary Care Zones) son nuevas estructuras que asentarán la base para una atención y servicios integrados efectivos en cada localidad. El objetivo era que **los límites de cada uno se acordaran localmente**, y cada uno de ellos sirviera a una comunidad de **75 000 a 125 000 habitantes**. En 2019, se acordaron las 60 zonas: 59 en Flandes y una en Bruselas.

Sus principales responsabilidades como zona son las de apoyar la colaboración multidisciplinaria e intersectorial a nivel de la práctica, con adquisición de más roles a medida que maduren.

A mediados de 2020, sus funciones son las de:

- Alinear la organización y la prestación de atención y apoyo de alta calidad;
- Apoyar la política social local;
- Apoyar asociaciones de profesiones específicas;
- Apoyar a los profesionales de atención primaria y la organización de la colaboración multi e interdisciplinaria;
- Cooperar en los objetivos sanitarios flamencos relativos a la prevención y proponer sus propios objetivos.

Con el tiempo, se espera que asuman muchas otras tareas, como abordar los cuellos de botella, **desarrollar la planificación** y respaldar los avances de las TIC. Uno de los roles será crear un **enfoque integrado de equidad**. Las PCZ proporcionarán una capacidad hasta ahora subdesarrollada en el sistema flamenco: un enfoque local en el desarrollo de servicios y la resolución de problemas. Evaluarán las necesidades concretas de su población e identificarán qué respuesta es necesaria.

Cada PCZ estará dirigida por un consejo de atención que incluye cuatro grupos de representantes, de las autoridades locales, el sector de la salud, el sector del bienestar y las personas con necesidades de atención y apoyo, cada uno de los cuales estará representado por igual, con un máximo de 24 miembros.

Las PCZ incorporarán gradualmente personal de otras estructuras previamente creadas para ayudar a apoyar la coordinación y el desarrollo local: colaboraciones de atención primaria, servicios integrados de atención domiciliaria y redes locales multidisciplinarias para condiciones crónicas. La financiación de estos grupos cesará a partir de julio de 2020 y los recursos económicos irán directamente a las PCZ.

La existencia de PCZ no limitará la libertad de elección de los pacientes: seguirán pudiendo elegir libremente los servicios profesionales dentro o fuera de la PCZ en la que residen.

Zonas de atención primaria (coloreadas) y zonas de atención regional (numeradas)



2. 2. Zonas Regionales de Atención (RCZ)

Las PCZ se agrupan en zonas regionales de atención (RCZ - Regional Care Zones), y a su vez estas son regidas por una plataforma regional de atención (RCP - Regional Care Platform). Se espera que las **RCZ cubran una población de 350 000 a 400 000 habitantes**.

Las funciones de la RCP son:

- Crear un conjunto coordinado de servicios a un nivel más amplio de población (donde la población PCZ es demasiado pequeña) para asuntos tales como cuidados paliativos, demencia, salud mental y prevención; el personal y los presupuestos existentes serán absorbidos por la nueva estructura;
- Trabajar para fortalecer las conexiones entre los hospitales, la atención especializada y la AP para garantizar la continuidad de la atención y el desarrollo de un plan regional de atención estratégica.

Dado que los hospitales atienden a una población mayor que la PCZ promedio, se pretende que, cuando sea posible, las RCZ coincidan con las áreas de la red hospitalaria en desarrollo.

La implementación de la reforma de la AP coincidió con una reforma del sector hospitalario en Bélgica. Los hospitales en Bélgica están financiados por el gobierno federal (excepto en relación con la infraestructura). Las últimas décadas han visto fusiones de hospitales en Flandes. Una nueva política ahora requiere que los hospitales se unan a una red de hospitales para aumentar la eficiencia en el sector. El objetivo es que los hospitales trabajen en estrecha colaboración y se complementen entre sí. Todos los hospitales deben ofrecer atención médica básica, y solo algunos hospitales ofrecen atención especializada. La red coordina la organización, de modo que los pacientes que necesitan atención especializada sean derivados al hospital adecuado. El objetivo es tener un máximo de 14 redes.

La reforma tiene como uno de sus objetivos principales la transición de la AP hacia una **atención integral e integrada centrada en las personas**:

- Garantizar una capacidad de AP adecuada y la continuidad de la atención mediante la coordinación de la atención a las personas con necesidades de cuidados complejos y/o de larga duración, con la participación de los sectores sanitario y no sanitario y la participación de los cuidadores informales como actores clave de la atención.
- Destacar la importancia de la salud en todas las políticas para lograr la salud y el bienestar, centrándose en el gradiente social de la salud y en los grupos vulnerables para promover un cambio de mentalidad hacia una atención integrada, centrada en las personas y multidisciplinar, y dotar al personal sanitario de los conocimientos y competencias necesarios, mediante la formación, para situar la AP en el centro.
- Desarrollar las tecnologías de la información y comunicación para reforzar la digitalización como un importante catalizador del cambio y un recurso para mejorar la colaboración en la atención primaria.
- Centrarse en los ciudadanos, a través de un mapa social, para orientar mejor las intervenciones, y estructurar el proceso de desarrollo de políticas y servicios para que participen (incluidos los pacientes).

Una de las principales características / actividades de la reforma es **poner a la persona en el centro** y centrar la atención en ellas:

El objetivo es **proteger y mejorar la autonomía personal del paciente**. Para reforzar la capacidad del individuo de ejercer la **autogestión**, las reformas desarrolladas pretenden mejorar la alfabetización asistencial mediante la mejora de las fuentes de información, conocimientos y habilidades pertinentes. También es importante contar con información sobre la percepción del paciente sobre la enfermedad y los cuidados.

Además, para conseguir lo anterior Flandes está realizando lo siguiente:

- Estudiar la opción de incluir competencias en materia de salud y bienestar en los planes de estudio escolares
- Desarrollar una herramienta para ayudar a los pacientes con problemas de larga duración a formular sus objetivos vitales y asistenciales.

Para conseguir este objetivo es fundamental prestar atención a los cuidadores informales. En Flandes se considera que los cuidados informales son los prestados de forma voluntaria por personas con un vínculo social o familiar con la persona que necesita cuidados. Estas personas pueden enfrentarse a sus propias dificultades, y la reforma de Flandes propone reconocer a los cuidadores informales como actores en el proceso de cuidado que también pueden necesitar apoyo profesional. Se está aplicando un plan para apoyar a este grupo, abordando la cuestión del reconocimiento social, las relaciones con los profesionales y la posición especial de los cuidadores jóvenes.

Resultados e impacto

La reforma está en curso actualmente, pero se espera que finalice en 2025. Considera la digitalización como un catalizador importante del cambio y una ayuda para una mejor colaboración.

La ejecución de la reforma se basa en 6 componentes principales: 1) poner a la persona en el centro; 2) integrar todos los aspectos de la reforma; 3) Continuar con la digitalización del proceso asistencial; 4) dar mayor apoyo a los proveedores de cuidados locales mediante la innovación estructural; 5) integrar los servicios sanitarios y sociales y 6) alinear con otras fuentes.

Justificación de selección del Estudio de Caso

Reorganización y planificación de las áreas de salud. Más allá de los nuevos criterios seguidos para la delimitación de las nuevas zonas, se considera de gran interés las funciones asignadas a cada nivel organizativo. Además, se considera especialmente relevante por estar centrada en todas sus aristas en la atención a las personas.

Referencias bibliográficas

[WHO \(2019\). Creating 21st century Primary Care in Flanders and beyond.](#)

[Solveig Wallyn, Danielle Massant \(2017\). Reorganise Primary Care in Flanders Region: change management and process 2010-2017](#)

[T. Cartier, L. Ryssaert, and Y. Bourqueil \(2015\). Building Primary Care in a changing Europe: Case studies](#)

[WHO \(2020\). Case study: Flanders' Primary Care Reform towards people-centred, integrated care](#)

2. Integración de la atención sanitaria y social en el sur de Karelia, Finlandia

Área de Análisis	Gestión y Organización	
Estudio de Caso	Integración de la atención sanitaria y social en el sur de Karelia, Finlandia	
País y región	South Karelia, Finland	
Características generales		

Características de la población y situación de salud

	España	Finlandia
Tamaño poblacional (nº de habitantes)	47,415,750	5,541,020
Porcentaje de población de 65 años y más (%)	20	23
Esperanza de vida al nacer (años)	83.2	81.6
Años de vida en buena salud a los 60 años (años)	19.2	18.46
Mortalidad general (nº muertes/100.000 habitantes)	950	1.010
Estado de salud auto percibida (proporción de personas con estado de salud percibido bueno o muy bueno)	71.2	70.1
Consumo de tabaco (fumadores diarios porcentaje en población de 15 y más años)	27.7	21.6
Consumo de alcohol (litros per cápita en población de 15 y más años)	12.7	10.7
Obesidad (porcentaje de adultos de 18 y más años con IMC mayor o igual a 30 kg/m2)	23.8	22.2

Características del Sistema Sanitario y Organización de la AP

	España	Finlandia
Modo de provisión de servicios sanitarios: público o privado	Público	Público
Modelo organizativo de la Atención Primaria: (grupos de médicos/grupos de médicos y otros profesionales, práctica individual, etc.)	Grupo de doctores y otros profesionales	Grupo de doctores y otros profesionales
Atención Primaria como filtro para el acceso a otros especialistas: si/no (excepciones)	Sí	Sí
Copago por utilización de la AP: por asistencia o por algún procedimiento	No	Sí
Gasto sanitario en función del PIB (%)	9.13	9.61

Descripción del Estudio de Caso

Antecedentes y justificación

En Finlandia la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria se gestionan de manera independiente. Existen dos modelos de gestión de la Atención Primaria. Por un lado, los centros de Atención Primaria, y por otro lado centros de atención sanitaria y social, en función de la municipalidad. La Atención Hospitalaria se provee a los ciudadanos a través de 21 distritos de Atención Hospitalaria mantenidos por 360 municipalidades. Uno de estos distritos ha cambiado su modelo y ha integrado toda la atención sanitaria y social en un único ámbito de gestión.

Descripción de la medida llevada a cabo

En 2010, se implementó un nuevo modelo que integra la atención social y sanitaria en esta región, el Distrito de Servicios Sociales y sanitario de Karelia del Sur (por sus siglas en finés, Eksote). Sus objetivos son:

- Integración ente Atención Hospitalaria, Atención Primaria y Servicios Sociales.
- Mejorar el equilibrio entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria.
- Mejorar la coordinación financiera, estratégica y de inversiones.
- Uso y reclutamiento común del personal y compartir recursos entre los distintos niveles asistenciales.
- Reforzar el poder directivo de los municipios.
- Además, a futuro, el valor añadido proviene de los datos, que se pueden analizar y utilizar, así como la inteligencia artificial, robótica, etc.
- Crear servicios fuera de los hospitales y trabajos autónomos

Para ello, se han apoyado en los servicios digitales, creando un sistema de información único para el paciente, con una base de conocimientos compartida y servicios online como las tele-consultas,

Los equipos en los centros son multidisciplinares, con profesionales de medicina, enfermería, trabajadores sociales y en cooperación con los diferentes proveedores de asistencia social y sanitaria.

Resultados e impacto

Las principales implementaciones son:

- Rehabilitación domiciliaria. Ha supuesto un cambio estratégico importante de modelos basados en los centros a modelos basados en los domicilios, que han permitido una atención personalizada a pacientes y menor estancia en hospitales. Comparado con el modelo tradicional, el coste ha bajado un 33%.
- Atención de urgencias mediante unidades móviles. Puede realizar pruebas, evaluar al paciente, y si es necesario, contactar con el médico. Esto ha permitido descongestión de las ambulancias, de las urgencias y, por lo tanto, una disminución del gasto de un 30% desde su implementación en 2014 (3M€).
- Unidades móviles para pacientes en áreas rurales, así como la implantación de 50 dispensadores inteligentes de medicinas en los domicilios de pacientes. Esto ha permitido una mejor atención a los pacientes y un seguimiento más inmediato.

Justificación de selección del Estudio de Caso

Similitudes del sistema sanitario finlandés (cobertura universal, sistema sanitario Beveridgiano) con el español. El modelo se implantó en 2010, por lo que su impacto es evaluable y está consolidado. Se trata de un modelo innovador que fomenta la accesibilidad y equidad del sistema sanitario a los ciudadanos y los resultados demuestran que su sostenibilidad y eficiencia es mejor en comparación con el modelo anterior.

Referencias bibliográficas

[Korpela J. et. al. \(2012\)](#). Collaboration process for integrated social and health care strategy implementation. *Int J Integr Care.*;12: e42.

[Tepponen M. \(2020\)](#). Eksote - Integration of the Social and Health Care. South Karelia Social and Health Care District, Finland

3. Proyecto 'Senja Doctor', Noruega

Área de Análisis	Recursos Humanos
Estudio de Caso	Proyecto "Senja Doctor", Noruega
País y región	Senja, Norway



Características generales

Características de la población y situación de salud

	España	Noruega
Tamaño poblacional (nº de habitantes)	47,415,750	5,408,320
Porcentaje de población de 65 años y más (%)	20	18
Esperanza de vida al nacer (años)	83.2	82.6
Años de vida en buena salud a los 60 años (años)	19.2	18.46
Mortalidad general (nº muertes/100.000 habitantes)	950	790
Estado de salud auto percibida (proporción de personas con estado de salud percibido bueno o muy bueno)	71.2	74.7 ¹
Consumo de tabaco (fumadores diarios porcentaje en población de 15 y más años)	27.7	16.2
Consumo de alcohol (litros per cápita en población de 15 y más años)	12.7	7.1
Obesidad (porcentaje de adultos de 18 y más años con IMC mayor o igual a 30 kg/m ²)	23.8	23.1

Características del Sistema Sanitario y Organización de la AP

	España	Noruega
Modo de provisión de servicios sanitarios: público o privado	<i>Público</i>	<i>ND</i>
Modelo organizativo de la Atención Primaria: (grupos de médicos/grupos de médicos y otros profesionales, práctica individual, etc.)	<i>Grupo de doctores y otros profesionales</i>	<i>ND</i>
Atención Primaria como filtro para el acceso a otros especialistas: si/no (excepciones)	<i>Sí</i>	<i>ND</i>
Copago por utilización de la AP: por asistencia o por algún procedimiento	<i>No</i>	<i>ND</i>
Gasto sanitario en función del PIB (%)	9.13	11.42

Descripción del Estudio de Caso

Antecedentes y justificación

A lo largo de las últimas décadas, se ha agravado el problema para reclutar y retener médicos de familia en la región de Senja (segunda isla más grande de Noruega). Este problema se da por sus características geográficas y sociodemográficas y las causas fundamentales son: clima frío; escasez de puestos de trabajo más allá de la pesca; trabajos municipales; lejanía de los hospitales (3-4 horas en coche); alta carga de trabajo y largas horas de guardia para los médicos de familia; aislamiento profesional; alta temporalidad laboral de médicos (contratos de corta duración); dificultades para encontrar trabajo para cónyuges de médicos de familia; y finalmente un territorio despoblado con población envejecida.

Descripción de la medida llevada a cabo

El proyecto "Senja Doctor" arrancó en 2007 y consistió en el desarrollo de un modelo de colaboración entre los servicios de AP de los cuatro municipios de Senja (isla de Noruega), es decir, estableciendo un servicio de AP intermunicipal. De esta forma, se asignó el municipio de Lenvik como responsable de la operación diaria de los servicios ("centro anfitrión"). Además, se creó un nuevo centro de AP cerca de Finnsnes con un equipo de 4 médicos de familia, 2 residentes, personal de enfermería y personal administrativo. Se desarrollaron nuevos turnos de trabajo donde los médicos y el personal son los responsables de atender la oficina principal 5 días a la semana, y las oficinas médicas locales y visitas médicas a los hogares remotos de la población envejecida 2 días a la semana. Finalmente, se estableció una nueva unidad de emergencia cubriendo 18.000 habitantes en su área de influencia (4 + 2 municipios).

Como factores positivos para el reclutamiento y retención del personal, se reforzaron los siguientes aspectos: creación de una mejora de las redes profesionales en el territorio; imputación de las horas de conducción en coche a las áreas remotas como horas de trabajo; disminución de la carga de trabajo mediante la menor asignación de pacientes a cada médico de familia; reducción de incertidumbre salarial mediante el establecimiento de salario fijos; disminución de la carga de trabajo fuera de horario para mejorar la conciliación familiar (de dos veces a la semana a dos veces al mes); mayor enfoque en la formación continua (programas educativos para estudiantes de medicina, residentes y médicos) e incremento de oportunidades para participar en proyectos de investigación (3 meses al año por médico).

Resultados e impacto

El proyecto ha resultado en una mayor continuidad de los cuidados primarios recibidos por la población:

- Rotación de médicos: durante 11 años (de 1998 a 2009), la rotación de médicos fue de 100 profesionales. Desde entonces (hasta 2015) 9 médicos generales han sido empleados con un contrato ordinario. Esto representa una reducción significativa en la tasa de rotación. Si bien todavía existe una necesidad de suplencias, esta es bastante moderada y se debe principalmente a los derechos laborales de las personas que ya están empleadas, como la licencia de maternidad y con fines educativos. A fines de 2013, todos los puestos estaban ocupados por médicos que expresaron su intención de quedarse.
- Desde el punto de vista de los profesionales, y con la información generada en una sesión de grupos focales, los médicos jóvenes actualmente empleados en Senja declararon unánimemente que no habrían buscado puestos en esta zona rural si no hubiera sido por las condiciones de trabajo dadas. Trabajar sin condiciones especiales en un municipio pequeño no era una opción para ninguno de ellos. Los dos comentarios a continuación bien pueden ejemplificar las experiencias y actitudes reveladas en esta discusión grupal. 1) el proyecto les brinda la posibilidad de vivir más céntricamente, lo que aumenta la posibilidad de que los cónyuges consigan un trabajo; 2) también le dan un gran valor a pertenecer a una red profesional, donde puede buscar orientación y discutir casos complicados.

Respecto a la valoración de las autoridades políticas y de la administración, existe una satisfacción generalizada con el resultado del proceso.

Justificación de selección del Estudio de Caso

Experiencia interesante para la continuidad de cuidados primarios

Referencias bibliográficas

[Kehlet K. & Aaraas IJ. \(2015\).](#) 'The Senja Doctor': developing joint GP services among rural communities in Northern Norway. *Rural Remote Health*; Jul-Sep;15(3):3101.

[Steinert S. \(2010\).](#) Recruiting and retaining GPs to remote areas in northern Norway: the Senja Doctor Project. *WONCA*.

4. Integración de la atención sanitaria y social, Escocia

Área de Análisis	Financiación	
Estudio de Caso	Integración de la atención sanitaria y social, Escocia	
País y región	Escocia, Reino Unido	
Características generales		

Características de la población y situación de salud

	España	Reino Unido
Tamaño poblacional (nº de habitantes)	47,415,750	67,326,570
Porcentaje de población de 65 años y más (%)	20	19
Esperanza de vida al nacer (años)	83.2	81.4
Años de vida en buena salud a los 60 años (años)	19.2	18.25
Mortalidad general (nº muertes/100.000 habitantes)	950	950
Estado de salud auto percibida (proporción de personas con estado de salud percibido bueno o muy bueno)	71.2	74.7
Consumo de tabaco (fumadores diarios porcentaje en población de 15 y más años)	27.7	15.4
Consumo de alcohol (litros per cápita en población de 15 y más años)	12.7	11.4
Obesidad (porcentaje de adultos de 18 y más años con IMC mayor o igual a 30 kg/m2)	23.8	27.8

Características del Sistema Sanitario y Organización de la AP

	España	Reino Unido
Modo de provisión de servicios sanitarios: público o privado	<i>Público</i>	<i>Privado</i>
Modelo organizativo de la Atención Primaria: (grupos de médicos/grupos de médicos y otros profesionales, práctica individual, etc.)	<i>Grupo de doctores y otros profesionales</i>	<i>Grupo de doctores y otros profesionales</i>
Atención Primaria como filtro para el acceso a otros especialistas: si/no (excepciones)	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>
Copago por utilización de la AP: por asistencia o por algún procedimiento	<i>No</i>	<i>No</i>
Gasto sanitario en función del PIB (%)	9.13	11.98

Descripción del Estudio de Caso

Antecedentes y justificación

Con la finalidad de reducir las inequidades en el acceso a la atención sanitaria y dotar de mayor importancia a la prevención, Escocia ha tenido algunas propuestas para promover el trabajo conjunto entre los servicios sanitarios y sociales, o lo que es lo mismo, entre el sistema sanitario escocés y las autoridades locales.

En 2002 La Ley de Asistencia y Salud Comunitaria permitió la transferencia de algunas competencias entre autoridades locales y el sistema sanitario y en 2004 se aplicó una reforma que requería a las juntas sanitarias crear asociaciones comunitarias de salud.

Descripción de la medida llevada a cabo

En 2014 La Ley de Organismos Públicos (Trabajo Conjunto) crea 31 autoridades integradas, asociaciones legales de asistencia sanitaria y social, las cuales le encargan estos servicios de manera coordinada a las autoridades locales y a los consejos de salud.

La asociación de 32 autoridades locales y 14 consejos del sistema sanitario conforman las 31 autoridades integradas. Cada autoridad de integración cubre al menos dos consejos del sistema sanitario y como máximo 6, pero un mismo consejo del sistema sanitario va a estar cubierto por más de una autoridad de integración.

Las autoridades de integración, además, tienen representantes de varios grupos profesionales, así como proveedores de atención social, personas atendidas por la asistencia social y cuidadores voluntarios. Se encargan de gestionar 8.500 millones de libras, de los cuales el 70% proviene del sistema nacional de salud y el 30% de las autoridades locales.

Resultados e impacto

- La esperanza de vida saludable a los 65 años mejoró para los hombres.
- El acceso a empleo de personas que padecen enfermedades crónicas o de larga duración ha mejorado
- La mortalidad de aquellas patologías tratables también mejoró.
- El gasto en asistencia social se mantuvo a un nivel similar al anterior a la medida, sin aumentar, mientras que el gasto en salud sufrió menor aumento en comparación con el resto de los países de Reino Unido

Justificación de la selección del Estudio de Caso

Escocia cuenta con un modelo similar al español (Beveridge), se trata de una Ley del año 2014 y está implementado desde 2016, por lo que se puede evaluar su impacto y, además, supone un aumento de la accesibilidad y equidad del sistema sanitario.

Referencias bibliográficas

[Reed,S. Oung,C. Davies,J.Dayan,M.Scobie,S \(2021\).](#) Integrating health and social care. A comparison of policy and progress across the four countries of the UK.

[Scotland Government.](#) Health and Social Care Integration

[Scotland Government.](#) Public Bodies (Joint Working) (Scotland) Act 2014: statutory guidance.

5. Reforma de la Atención Primaria en Portugal

Área de Análisis	Infraestructura y equipamiento
Estudio de Caso	Reforma de la Atención Primaria en Portugal
País y region	Portugal



Características generales

Características de la población y situación de salud

	España	Portugal
Tamaño poblacional (nº de habitantes)	47,415,750	10,325,150
Porcentaje de población de 65 años y más (%)	20	23
Esperanza de vida al nacer (años)	83.2	81.6
Años de vida en buena salud a los 60 años (años)	19.2	18.65
Mortalidad general (nº muertes/100.000 habitantes)	950	1.110
Estado de salud auto percibida (proporción de personas con estado de salud percibido bueno o muy bueno)	71.2	58.2
Consumo de tabaco (fumadores diarios porcentaje en población de 15 y más años)	27.7	25.4
Consumo de alcohol (litros per cápita en población de 15 y más años)	12.7	12.1
Obesidad (porcentaje de adultos de 18 y más años con IMC mayor o igual a 30 kg/m2)	23.8	20.8

Características del Sistema Sanitario y Organización de la AP

	España	Portugal
Modo de provisión de servicios sanitarios: público o privado	<i>Público</i>	<i>Privado</i>
Modelo organizativo de la Atención Primaria: (grupos de médicos/grupos de médicos y otros profesionales, práctica individual, etc.)	<i>Grupo de doctores y otros profesionales</i>	<i>Grupo de doctores y otros profesionales</i>
Atención Primaria como filtro para el acceso a otros especialistas: sí/no (excepciones)	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>
Copago por utilización de la AP: por asistencia o por algún procedimiento	<i>No</i>	<i>Sí</i>
Gasto sanitario en función del PIB (%)	9.13	10.55

Descripción del Estudio de Caso

Antecedentes y justificación

En 2005 se inició en Portugal una ambiciosa reforma de la Atención Primaria, ante la necesidad de proporcionar cuidados de salud de calidad a los ciudadanos, mejorar la satisfacción de los pacientes y de los profesionales y aumentar la accesibilidad a la salud. La reforma se clasifica como moderna e innovadora, una vez que se alió a la tecnología y que ultrapasó el modelo de jerarquía tradicional. La inversión en TIC fue clave para monitorizar los indicadores de mejora en salud.

Descripción de la medida llevada a cabo

En Portugal, entre los años 2006 y 2016 se crearon las Unidades de Salud Familiar (USF), equipos multidisciplinares que operan en centros de salud gestionados por el estado, en su gran mayoría en edificios nuevos o renovados. En la Atención Primaria en Portugal, los servicios de soporte (administrativos, IT, etc.) fueron reorganizados; se realizó una informatización completa de los servicios y se desmaterializaron la mayoría de los soportes para la práctica (ej.: registros en papel). La reforma propuso un nuevo modelo de gobernanza clínica en las USF, basado en un sistema de conocimientos, aptitudes y prácticas en pro de la atención individualizada por equipos de salud, buscando mejorar la calidad en la asistencia.

La inversión en el Sistema de Información fue clave en toda esta reforma. Con el desarrollo de la interoperabilidad y los registros electrónicos individuales de los pacientes se permitió poder llevar seguimiento mensual de los equipos y sus indicadores y facilitar la coordinación y la comunicación entre profesionales al mismo tiempo que se consolidaba el modelo de contratación de cuidados.

Entre 2016 y 2019, fue realizada una renovación de los sistemas informáticos de primaria ("Operación Megabyte"), donde fueron distribuidos ordenadores en todas las USF. Esta "operación" también contempló la mejora de los sistemas de información vigentes - PEM (plataforma de prescripción electrónica médica), SClinico (plataforma común a todos los profesionales de salud, para el registro de la historia clínica del paciente) y SINUS (sistema de información nacional, orientado al control administrativo de atención primaria), buscando la uniformización de información y de los procedimientos de registros clínicos entre áreas distintas. Estos sistemas permiten homogeneizar las prácticas y la información recogida a nivel nacional, mejorando la actuación de los profesionales en términos de eficacia y eficiencia y posibilitando el apoyo multidisciplinar a los pacientes. Igualmente, fue creado el "Portal BI CSP", una plataforma de ámbito nacional para la gobernanza clínica y de salud que contribuye a la mejora continua y transparencia en los cuidados de salud primarios en todo el país.

Resultados e impacto

- Mejor eficiencia, accesibilidad, satisfacción de pacientes y profesionales y mejor calidad.
- Interoperabilidad entre sistemas.
- Cuidados de salud integrados proporcionando cuidados de calidad a los pacientes.



Justificación de selección del estudio caso

Esta reforma se seleccionó porque permitió: llevar a cabo una reforma en los cuidados de salud primaria con la informatización completa de los servicios de salud; mejorar los sistemas de información, posibilitando cuidados de salud integrados; analizar los registros de pacientes permitiendo realizar seguimiento de los equipos con relación a la productividad, accesibilidad y calidad de la atención ofrecida.

Referencias bibliográficas

[Soraz D. & Pisco L. \(2017\)](#). Primary Health Care Reform in the cities of Lisbon and Rio de Janeiro: context, strategies, results, learning and challenges. *Cien Saude Colet*;22(3):679-686.

[Pisco L. \(2011\)](#). Primary Healthcare Reform in Portugal on two fronts: autonomous family healthcare units and management of groupings of Health Centers. *Cien Saude Colet*.16(6):2841-52.

[Martinez R.E. et al. \(2015\)](#). Conociendo las Unidades de Saúde Familiar: otro modelo de Medicina de Familia *Rev Clín. Med Fam*; 8(2): 137-144

