

Codigo	Titulo
1	Information for the quality of the healthcare system in Colombia: A proposal for a review based on the Israeli model
2	Measurement tools and process indicators of patient safety culture in primary care. A mixed methods study by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care
3	Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: A systematic review
4	Reactions to the use of evidence-based performance indicators in primary care: A qualitative study
5	Performance indicators for primary care groups; an evidence-based approach
6	The european primary care monitor: Structure, process and outcome indicators

7	Cross sectional study of performance indicators for English Primary Care Trusts: Testing construct validity and identifying explanatory variables
8	Five indicators were developed to assess the quality of reviews on preventive interventions
9	Facility standards and the quality of public sector primary care: Evidence from South Africa's "Ideal Clinics" program
10	Quality indicators for care of depression in primary care settings: A systematic review
11	Indicadores . Idioma Ruso
12	Measuring quality in primary healthcare - Opportunities and weaknesses
13	Quality Indicators for Chronic Diseases in Primary Care
14	Measuring Quality of Care in Community Mental Health: Validation of Concordant Clinician and Client Quality-of-Care Scales
15	QUALITE DES SOINS : PRINCIPES ET METHODES DE BASE
16	Quality Indicators for Chronic Diseases in Primary Care
17	Re-thinking performance assessment for primary care: Opinion of the expert panel on effective ways of investing in health
19	The perception of health care quality by primary health care managers in Ukraine
20	Quality indicators for hip fracture care, a systematic review

21	Utilidad y validez de un instrumento basado en indicadores de la Nursing Outcomes Classification como ayuda al diagnóstico de pacientes crónicos de Atención Primaria con gestión ineficiente de la salud propia
22	Baseline screening tools as indicators for symptom outcomes and health services utilization in a collaborative care model for depression in primary care: A practice-based observational study
23	Screening for Behavioral Health Conditions in Primary Care Settings: A Systematic Review of the Literature
24	The primary health-care system in China
25	Prescribing indicators in primary health care in Belo Horizonte, Brazil: associated factors
26	Primary health care patient satisfaction: Explanatory factors and geographic characteristics
27	Performance indicators to measure dementia risk reduction activities in primary care

28	High and Sustained Participation in a Multi-year Voluntary Performance Measurement Initiative Among Primary Care Teams
29	Primary Health Care as a Foundation for Strengthening Health Systems in Low- and Middle-Income Countries
30	How to practice person-centred care: A conceptual framework
31	Better Measurement for Performance Improvement in Low- and Middle-Income Countries: The Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI) Experience of Conceptual Framework Development and Indicator Selection
32	Accreditation of Quality in Primary Health Care in Chile: Perception of the Teams from Accredited Family Healthcare Centers

33	Does quality influence utilization of primary health care? Evidence from Haiti
34	What are the effective elements in patient-centered and multimorbidity care? A scoping review
35	Assessment of Key Performance Indicators of the Primary Health Care in Oman: A Cross-Sectional Observational Study
36	Public Reporting of Performance Indicators in Long-Term Care in Canada: Does it Make a Difference?
37	Implementation research on measuring quality in primary care: Balancing national needs with learning from the Eastern Mediterranean Region
38	Factors associated with practice-level performance indicators in primary health care in Hungary: A nationwide cross-sectional study

39	Selecting Performance Indicators and Targets in Health Care: An International Scoping Review and Standardized Process Framework
40	Physical Violence Against Doctors: A Content Analysis from Online Indian Newspapers
41	Measuring the Value Functions of Primary Care: Physician-Level Continuity of Care Quality Measure
42	An evidence-based, structured, expert approach to selecting essential indicators of primary care quality
43	ANÁLISE ESPACIAL DA MORTALIDADE EM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS NO BRASIL: INDICADORES SOCIAIS E ASSISTENCIAIS DE SAÚDE
44	A háziórvosok teljesítményének mino"ségi értékelése: Mi a probléma a háziórvosi indikátorokkal?
45	Encuesta de indicadores de riesgo para el desarrollo infantil en un programa de Atención Primaria de Salud: una perspectiva fonoaudiológica
46	Atención Primaria Social en Colombia: una mirada desde una experiencia exitosa
47	Analysis of the impact of social determinants and primary care morbidity on population health outcomes by combining big data: A research protocol

48	Hacia un análisis de la Atención Primaria de Salud de Chile como dispositivo de biopoder*
49	Development of a performance measurement system for general practitioners' office in China's primary healthcare
50	Status of the health information system in Ireland and its fitness to support health system performance assessment: a multimethod assessment based on stakeholder involvement
51	Geographic proximity to primary care providers as a risk-assessment criterion for quality performance measures
52	The effects of integrated care: A systematic review of UK and international evidence
53	Integrating Population Health Strategies Into Primary Care: Impact on Outcomes and Hospital Use for Low-Income Adults
54	A Systematic Review of the Impact of Patient-Physician Non-English Language Concordance on Quality of Care and Outcomes

55	The perception of health care quality by primary health care managers in Ukraine
56	Patient Self-Reported Health, Clinical Quality, and Patient Satisfaction in English Primary Care: Practice-Level Longitudinal Observational Study
57	Impact of integrating pharmacists into primary care teams on health systems indicators: A systematic review
58	Creating performance intelligence for primary health care strengthening in Europe
59	Re-thinking performance assessment for primary care: Opinion of the expert panel on effective ways of investing in health
60	Socioeconomic inequalities in the quality of primary care under Brazil's national pay-for-performance programme: a longitudinal study of family health teams

61	Quality indicator framework for primary care of patients with dementia
62	Use of online knowledge base in primary health care and correlation to health care quality: an observational study
63	Patients' perspectives on a new delivery model in primary care: A propensity score matched analysis of patient-reported outcomes in a Dutch cohort study
64	Validity of World Health Organisation prescribing indicators in Namibia's primary healthcare: Findings and implications
65	Indicator-activities to apply primary health care principles in national or large-scale community health worker programs in low-and middle-income countries: a Delphi exercise
66	Exploring non-linear relationships between neighbourhood walkability and health: A cross-sectional study among US primary care patients with chronic conditions

67	Quality Measures at the Interface of Behavioral Health and Primary Care
68	Organizational influences on the use of low-value care in primary health care—a qualitative interview study with physicians in Sweden
69	Association of the social determinants of health with quality of primary care
70	Análise de desempenho de indicadores de contratualização em cuidados de saúde primários no período de 2009-2015 em Lisboa e Vale do Tejo, Portugal
71	Towards a harmonised framework for developing quality of care indicators for global health: A scoping review of existing conceptual and methodological practices
72	Identifying Primary Care Pathways from Quality of Care to Outcomes and Satisfaction Using Structural Equation Modeling
73	Qualitative assessment of community health workers' perspective on their motivation in community-based primary health care in rural Malawi
74	Pay-for-performance for primary health care in Brazil: A comparison with England's Quality Outcomes Framework and lessons for the future

75	Performance bonuses and the quality of primary health care delivered by family health teams in Brazil: A difference-in-differences analysis
76	Monitoring universal health coverage reforms in primary health care facilities: Creating a framework, selecting and fieldtesting indicators in Kerala, India
77	Determining staffing standards for primary care services using workload indicators of staffing needs in the Philippines
78	Evaluation of the performance of actions and outcomes in primary health care
79	Identifying primary care quality indicators for people with serious mental illness: A systematic review
80	Using Ambulatory Care Sensitive Conditions to Assess Primary Health Care Performance during Disasters: A Systematic Review
81	Primary care outcomes questionnaire: Psychometric testing of a new instrument

82	National electronic primary health care database in monitoring performance of primary care in Kyrgyzstan
83	Protocol for a Delphi consensus study to select indicators of high-quality general practice to achieve Quality Equity and Systems Transformation in Primary Health Care (QUEST-PHC) in Australia
84	Communities, universal health coverage and primary health care
85	Changes in health care spending and quality for medicare beneficiaries associated with a commercial ACO contract
86	Determining staffing needs for improving primary health care service delivery in Kaduna State, Nigeria
87	Assessment of Key Performance Indicators of the Primary Health Care in Oman: A Cross-Sectional Observational Study
88	General medical outcomes from the primary and behavioral health care integration grant program

89	Impact of a Population Health Management Intervention on Disparities in Cardiovascular Disease Control
90	Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes: 2-year results of the DiRECT open-label, cluster-randomised trial
91	Which quality and outcomes framework (QOF) clinical indicators are applicable for British Forces Germany Health Service (BFG HS) primary care?
92	Best practices for cardiovascular disease prevention in rheumatoid arthritis: A systematic review of guideline recommendations and quality indicators
93	Measures of quality of care for people with HIV: A scoping review of performance indicators for primary care
94	Quality indicators for patient safety in primary care. A review and Delphi-survey by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care
95	Evaluating the uptake and effects of the computerized decision support system NHGDoc on quality of primary care: protocol for a large-scale cluster randomized controlled trial

96	Identificación de indicadores de resultado en salud en atención primaria. Una revisión de revisiones sistemáticas
97	Quality Indicators for Chronic Diseases in Primary Care
98	Primary health care quality indicators: An umbrella review
99	Primary care quality indicators for children: Measuring quality in UK general practice
100	Quality indicators for primary health care: A systematic literature review
101	Towards a harmonised framework for developing quality of care indicators for global health: A scoping review of existing conceptual and methodological practices
102	What indicators of primary care activity are offered in the Spanish National Health System? Comparison between regional governments health departments









**Identificacion de articulo**

**Autor**

Marta Cecilia Jaramillo Mejía y Dov Chernichovsky

Dianne Parker, Michel Wensing, Aneez Esmail & Jose M Valderas

Tessa van Loenen 1, Michael J van den Berg 2, Gert P Westert 3, marjan j faber

E K Wilkinson 1, A McColl, M Exworthy, P Roderick, H Smith, M Moore, J Gabbay

Alastair McColl , profesor de medicina de salud pública , Paul Roderick

Dionne S. Kringos , Viena GW Boerma , Yann Bourgueil , Tomás Cartier , Toralf Hasvold , Allen Hutchinson

Celia marrón yricardo lilford

Sara Allaouat Zahra Roustaei  
José Verbeek  
Jani Ruotsalainen

Nicholas Stacey, Andrew Mirelman, Noemi Kreif, Marc Suhrcke, Karen Hofman, Ijeoma Edoa

Yelena Petrosyan , 1 Yeva Sahakyan , 2, 3 Jan M. Barnsley , 1 Kerry Kuluski , 1, 4 Barbara Liu , 5 y Walter P. Wodchis

Indicadores . Idioma Ruso

Eva Arvidsson,1,2 Rob Dijkstra,3 and Zalika Klemenc-Ketiš

Ayse Caylan1  
, Busra Paspal2  
, Hamdi Nezh Dagdeviren

Lauren Luther MS, Sadaaki Fukui PhD, Jennifer M. Garabrant BSW, Angela L. Rollins PhD, Gary Morse

Sahar MOUKHAFI  
Docteur en Economie et Gestion à l'ENCG de Kénitra, Université Ibn Tofail. sah

Ayse Caylan1  
, Busra Paspal2  
, Hamdi Nezh Dagdeviren

dionne kringos,sabina nuti,Anastasia Cristiana,margaret barry,Liubove Murauskiene,luigi siciliani&

Valentina Anufriyeva ,Milena Pavlova ,Tetiana Stepurko yWim Groot

S.C. Voeten, P. Krijnen, D.M. Voeten, J.H. Hegeman, M.W.J.M. Wouters & I.B. Schipper

J. C. Morilla-Herrera<sup>1</sup>, J. M. Morales-Asencio<sup>2</sup>, M. C. Fernández-Gallego<sup>3</sup>, E. Berrobianco Cobos<sup>4</sup>, A. Delgado Romero<sup>5</sup>

Nathan D. Shippee Ph.D. a, Brooke H. Rosen B.S. b, Kurt B. Angstman M.D.

Norah Mulvaney-Day PhD, Tina Marshall PhD, Kathryn Downey Piscopo PhD, Neil Korsen MD, MS,

Xi Li, PhD \*  
Jiapeng Lu, doctorado \*  
Shuang Hu, doctorado  
Prof. KK Cheng, PhD  
Prof. Jan De Maeseneer, PhD

Marina Guimarães Lima, Kátia Reis Dutra & Ursula Carolina Morais Martins

Ferreira PRaposo VTavares A

Travers CMartin-Khan MLie D

Mulder CRayner J

Bitton ARatcliffe HVeillard JKress DBarkley SKimball MSecci FWong EBasu LTaylor CBayona JWang HLAGOMARSINO GHIRSCHORN L

Santana MManalili KJolley RZelinsky SQUAN HLU M

Veillard JCOWLING KBITTON ARATCLIFFE HKIMBALL MBARKLEY SMERCEREAU LWONG ETAYLOR CHIRSCHORN LWANG

Juan Coss-Mandiola 1  
, Jairo Vanegas-López 1,\* , Alejandra Rojas 1,\* , Pablo Dubó 2 ,  
Maggie Campillay-Campillay 2 and Raúl Carrasco

Anna D. Gage<sup>1\*</sup>  
, Hannah H. Leslie<sup>1</sup>, Asaf Bitton<sup>2</sup>, J. Gregory Jerome<sup>3</sup>, Jean Paul Joseph<sup>3</sup>, Roody Thermidor<sup>4</sup>  
and Margaret E. Kruk

Marie-Eve Poitras<sup>1\*</sup>  
, Marie-Eve Maltais<sup>2</sup>, Louisa Bestard-Denommé<sup>3</sup>, Moira Stewart<sup>3</sup> and Martin Fortin

Badria Al Rashidi<sup>1</sup>, Ahmed H. Al Wahaibi<sup>1</sup>, Ozayr Mahomed<sup>2</sup>,  
Zainab Al Afifi<sup>1</sup>, and Salah T. Al Awaidy

Mircha Poldrugovac<sup>1</sup> , Joseph Emmanuel Amuah<sup>2</sup>, Helen Wei-Randall<sup>2</sup>,  
Patricia Sidhom<sup>2</sup>, Kathleen Morris<sup>2</sup>, Sara Allin<sup>3</sup>, Niek Klazinga<sup>1</sup> and Dionne Kringos<sup>1</sup>

MONDHER LETAIEF<sup>1</sup>, LISA R. HIRSCHHORN<sup>2</sup>, SHEILA LEATHERMAN<sup>3</sup>, ALAA A. SAYED<sup>4</sup>,  
AZIZ SHEIKH<sup>5</sup>, and SAMEEN SIDDIQI

Nóra Kovács , 1 Anita Pálinkás , 1 Valéria Sipos , 1 Attila Nagy , 1 Nouh Harsha , 1 László Kőrösi , 2 Magor Papp , 3 Róza Ádány , 1, 4, 5 Orsolya Varga , 1 y János Sándor  
1,\*

Heenan, Michael A.Heenan, Michael A.

Arulmohi, Madhivanan, Vinayagamoorthy, Venugopal

Mingliang Dai , Denise Pavletic , Jill C. Shuemaker , Craig A. Solid y Robert L. Phillips

Sylvia J. Hysong 1 2, Kelley Arredondo 1 2, ashley m hughes 3 4, Houston F Lester

Albuquerque, N; Câmara, N; Costa, L; Ferreira, B; Guerra, M; Nogueira, A; Silva, J

Kolozsvári LRurik I

Jaqueline de Souza Fernandes\*  
Ana Paula Duca

Diana Paola Betancurth-Loaiza+Consuelo Vélez-Álvarez+Natalia Sánchez-Palacio+Claudia Patricia Jaramillo-Ángel

Couso-Viana, Sabela, Bentué-Martínez, Carmen, Bentué-Martínez, Carmen

Gustavo Macaya-Aguirre

Wenjie Ruan, Changming Liu, Xiaoyang Liao, Zhaoxia Guo, Yalin Zhang, Yi Lei

Damir Ivanković, Tessa Jansen, Erica Barbazza, Óscar Brito Fernandes, Niek Klazinga & Dionne Kringos

Nathaniel Bell 1, Ana Lòpez-De Fede 2, Bo Cai 3, John Brook

Susan Baxter, Maxine Johnson, Duncan Chambers, Anthea Sutton, Elizabeth Goyder & Andrew Booth

Heather Kitzman, PhD1, Kristen Tecson, PhD2, Abdullah Mamun, PhD

Lisa Diamond, MDMPH1, Karen Izquierdo, BS2, DanaCanfield, MD3, KonstantinaMatsoukas, MLIS1,  
andFrancescaGany, MDMS

Valentina Anufriyeva ,Milena Pavlova ,Tetiana Stepurko yWim Groot

Doctorado Yan Feng 1,Hugh Gravelle Doctorado

Benedict Hayhoe , José Acuyo Céspedes , Kimberley Foley , Azeem Majeed , Judith Ruzangi and Geva Greenfield

Erica Barbazza, Dionne Kringos, Ioana Kruse, Niek S. Klazinga & Juan E. Tello

dionne kringos,sabina nuti,Anastasia Cristiana,margaret barry,Liubove Murauskiene,luigi siciliani&

Roxanne Kovacs, PhD  
Dr. Jorge O Maia Barreto  
Dr. Everton Nunes da Silva  
Prof. Josephine Borghi, PhD

Nadia Sourial, Claire Godard-Sebillotte, Susan E. Bronskill, Geneviève Arsenault-Lapierre, Georgia Hacker and Isabelle Vedel

Christian Gerdeskold ,Eva Toth Pal ,Inger Wardh ,Gunnar H. Nilsson yAna Nager

Esther H. A. van den Bogaart MSc, Marieke D. Spreeuwenberg PhD, Mariëlle E. A. L. Kroese PhD, Sofie J. M. van Hoof PhD, Niels Hameleers MSc, Dirk Ruwaard PhD

Q Niaz , B Dios hombre, Un Massele , s campbell , un kurdo , HR Kagoya , D Kibuule

Shagufta Perveen ,Carolina Laurence yMohammad Afzal Mahmud

Levi Nicolas Bonnell 1, Austin R Troy 2, Benjamin Littenberg

Matthew L. Goldman , 1, 2 Brigitta Spaeth-Rublee , 1, 2 Abraham D. Nowels , 1, 2 Parashar Pravin Ramanuj , 1 y Harold Alan Pincus

gabriela lang 1, Sara Ingvarsson 1, henna hasson 1 2, Por Nilsen 3, Hanna Augustson

Alan Katz, Dan Chateau, Jennifer E. Enns, Jeff Valdivia, Carole Taylor, Randy Walld and Scott McCulloch

Monteiro, Baltazar Ricardo ; Candoso, Fátima ; Reyes, Magda ; Bastos, Sonia

Lilian Dudley 1, Puni Mamdoo 1, Selvan Naidoo 1, Moise Muzigaba

Ignacio Ricci-Cabello Ph.D., Sarah Stevens M.Sc., Andrew R. H. Dalton Ph.D.,

Myness Kasanda Ndambo ,Fabián Munyaneza ,Moisés Banda Arón ,Basimenye Nhlema &emilia connolly

Garibaldi Dantas Gurgel Junior a,Soren Rud Kristensen b c,Everton Nunes da Silva,Luciano Bezerra Gomes y,Jorge Otávio Maia Barreto

Nasser Fardousi, Everton Nunes da Silva, Roxanne Kovacs, Josephine Borghi, Jorge O. M. Barreto, Søren Rud Kristensen,

Devaki Nambiar 1 2 3, Hari Sankar D. 1, Jyotsna Negi 4, Arun Nair 5, Rajeev Sadanandan

Ma Graziella Aytana, Mary Ruth Político, Leah McManus, Kenneth Ronquillo & Mollent Okech

Paula Vitali Miclós, Maria Cristina Marino Calvo, Claudia Flemming Colussi

Christoph Kronenberg 1, tim doran 2, María Goddard 2, tony kendrick 3, Simón Gilbody

Alessandro Lamberti-Castronuovo 1, 2, \*ORCIDO, Martina Valente 1, 2, ORCIDO, Chiara Aleni

Mairead Murphy , Sandra Hollinghurst , Sean Cowlshaw y Chris Salisbury

Tiina Laatikainen 1 2 3, Laura Inglin 1, Ilyas Chonmurunov 4, Bakhtiar Stambekov 4, Aliina Altymycheva 5, Jill L Farrington 6

Phyllis Lau 1 2, samantha ryan 1 2, Penélope Abad 1 2, Kathy Tannous 2 3, steven trankle

Emma Sacks , a Meike Schleiff , a Miriam Were , b Ahmed Mushtaque Chowdhury , c y Henry B Perry

J Michael McWilliams 1, Bruce E. Landon , Michael E. Chernew

Agbonkhese I. Oaiya <https://orcid.org/0000-0002-7327-28701>, Oluwabambi Tinuoye <https://orcid.org/0000-0002-5734-37042>, Layi Olatawura3, Hadiza Balarabe4, Hamza Abubakar5

Badria Al-Rashidi 1, Ahmed H Al Wahaibi 1, Ozayr Mahoma 2, Zainab Al-Affi 1, Salah Al Awaidy

Deborah M Scharf 1, Nicole Schmidt Hackbarth 1, Nicole Eberhart 1, Marcela Horvitz-Lennon 1, petirrojo beckman 1, bing-han 1, Harold Alan Pincus 1, M Audrey Burnam

Aisha James MD, Seth A. Berkowitz MD MPH, Jeffrey M. Ashburner PhD, MPH, Yuchiao Chang PhD, Daniel M. Horn MD, Sandra M. O'Keefe MPH & Steven J. Atlas MD, MPH

Prof Michael E J Lean, MD †  
Wilma S Leslie, PhD  
Alison C Barnes, PGDip  
Naomi Brosnahan, PGDip  
George Thom, MSc  
Louise McCombie, BSc

HGJ van den Heuvel, Civilian Medical Practitioner<sup>1</sup> and RG Simpson, Defence Professor of General Practice<sup>2</sup>

Claire E H Barber <sup>1</sup>, Alexa Smith, John M Esdaile, Cheryl Barnabe, Liam O Martin, Peter Faris,

Sharon Johnston, Clara Kendall, Mateo Hogel, Megan McLaren, clare liddy

Eva Frigola Capell, Clara Pareja-Rossell, Montse Gens-Barbero, Gloria Oliva-Oliva, Fernando Álava-Cano, michel wensing

Marjolein Lugtenberg , Gert P. Westert , Dennis Pasveer , Trudy van der Weijden yRodolfo B Kool

A. Olry de Labry Lima a b c, L. García Mochón a b, C. Bermúdez Tamayo

Ayse Caylan 1 , Busra Paspal 2 , Hamdi Nezh Dagdeviren

André Ramalho,pedro castro,Manuel Gonçalves-Pinho,Juliana Texeira,Juan Vasco Santos,João Viana,mariana lobo,

Peter J Gill , Braden O'Neill , Peter Rose , David Mant y Anthony Harnden

Effie Simou 1, Paraskevi Pliatsika, Eleni Koutsogeorgou, Anastasia Roumeliotou

Lilian Dudley 1 ,Puni Mamdoo 1 ,Selvan Naidoo 1 y<http://orcid.org/0000-0003-4323-9217>Moisés Muzigaba

S. García-Vicente a b, R. de Ramón-Frías c









### Objetivos del estudio

El objetivo del estudio es contribuir a mejorar la salud en Colombia mediante el desarrollo de un sistema nacional de indicadores de desempeño del sector salud

identificar herramientas útiles para evaluar la cultura de seguridad del paciente en las organizaciones de atención primaria en Europa; identificar aquellos aspectos del desempeño que deben evaluarse al investigar la relación entre la cultura de seguridad y el desempeño en la atención primaria.

Nuestro objetivo es investigar qué características de la organización de la atención primaria influyen en la hospitalización evitable para ACSC crónicos.

Investigar las reacciones al uso de indicadores de rendimiento cardiovascular y accidente cerebrovascular basados en la evidencia dentro de un grupo de atención primaria.

objetivo describir el desarrollo de indicadores medibles sobre la base de las características (llamadas dimensiones y características) de los sistemas de atención primaria identificados en la literatura. Este conjunto de indicadores y su estructura subyacente de dimensiones y características se denominará Sistema de Monitoreo de Atención Primaria (en resumen: Monitor de PC). PC Monitor está destinado a producir información comparable de la variación de los sistemas de atención primaria en toda Europa. El estudio forma parte del proyecto financiado por la CE Primary Health Care Activity Monitor for Europe (PHAMEU), cuyo objetivo es describir y comparar los sistemas de atención primaria en 31 países europeos

En primer lugar, averiguar si pares de indicadores que pretenden medir aspectos similares de la calidad están correlacionados (como sería de esperar si ambos son medidas válidas del mismo constructo). En segundo lugar, queríamos averiguar si los indicadores amplios (globales) se correlacionaban con alguna característica particular de los Fideicomisos de atención primaria, como el gasto per cápita

El objetivo del estudio fue desarrollar indicadores de calidad para la eficacia preventiva y evaluar su uso con revisiones Cochrane de intervenciones de prevención primaria.

explotamos la priorización diferencial de los establecimientos durante la introducción del ICRMP para brindar estimaciones cuasiexperimentales de los efectos de sus procesos de mejora de la calidad, primero en el desempeño de los establecimientos que se adhieren a los estándares del programa y, en segundo lugar, en los indicadores de la calidad de la atención primaria.

Este estudio identificó indicadores de calidad basados en la evidencia para monitorear, evaluar y mejorar la calidad de la atención para la depresión en entornos de atención primaria.

Indicadores . Idioma Ruso

La atención primaria de alta calidad es esencial para todas las partes interesadas- No Tiene claro el Objetivo

artículo repetido

El objetivo de este estudio fue crear escalas concordantes de calidad de atención autoinformadas por médicos y clientes en una muestra de médicos comunitarios de salud mental ( n = 189) y clientes ( n = 469).

Este artículo tiene como objetivo definir los principios y métodos básicos de la calidad de la atención en las instituciones de salud.

artículo repetido

Proporcionar una visión general de los dominios y dimensiones que se deben tener en cuenta al evaluar la atención primaria y los indicadores específicos que se recopilarán y analizarán para mejorar la comprensión del desempeño de la atención primaria.

El objetivo de este estudio es describir la percepción de la calidad por parte de los administradores de atención primaria de salud en Ucrania.

El objetivo principal de este estudio fue identificar indicadores de calidad para la atención de IC que se informan en la literatura, las auditorías de IC en curso y las pautas nacionales. El objetivo secundario fue componer un conjunto de indicadores de calidad metodológicamente sólidos para la evaluación de la atención de la IC en la práctica clínica.

Los objetivos de este estudio pretendían conocer la fiabilidad interobservador de este sistema de valoración y ayuda al diagnóstico de la GIPS en pacientes crónicos que acudían a consultas de atención primaria, además de determinar su validez diagnóstica y describir la prevalencia de pacientes con este problema

Dentro de un programa de atención colaborativa basado en la práctica para la depresión, examinamos las asociaciones entre las pruebas iniciales positivas para problemas de salud mental y conductual comórbidos, la remisión de la depresión y la utilización después de 1 año.

El objetivo de esta revisión es identificar herramientas disponibles públicamente, psicométricamente probadas, para un solo trastorno y para múltiples trastornos, que sean apropiadas para detectar en adultos las afecciones de salud conductual que se encuentran con mayor frecuencia en entornos de atención primaria.

China ha logrado avances notables en el fortalecimiento de su sistema de atención primaria de la salud. Sin embargo, el sistema aún enfrenta desafíos en características estructurales, incentivos y políticas, y calidad de atención, todo lo cual disminuye su preparación para atender a una quinta parte de la población mundial, que está envejeciendo y con una prevalencia creciente de enfermedades crónicas no transmisibles. enfermedad

El objetivo de este estudio fue evaluar los indicadores de prescripción y los factores asociados en la atención primaria de salud en el distrito de salud del noreste, Belo Horizonte, Brasil. Ámbito Veinte unidades de atención primaria de salud en el Distrito de Salud del Nordeste, Belo Horizonte, Brasil.

Determinar los factores que explican los niveles de satisfacción de los pacientes y el papel de las características geográficas.

Determinar los factores que explican los niveles de satisfacción de los pacientes y el papel de las características geográficas.

Este estudio describe cómo los equipos de atención primaria en Ontario midieron voluntariamente la calidad a nivel de equipo

presentamos un marco diseñado para comprender mejor si la atención primaria de la salud está funcionando en LMIC y cómo, y dónde se pueden aprender y difundir las lecciones a nivel mundial.

desarrollamos un marco conceptual de PCC que brinda una perspectiva integral, particularmente con respecto a las bases necesarias para lograr PCC., "atención centrada en la persona" (denominada PCC)

En este artículo, revisamos la experiencia de PHCPI con el desarrollo del marco conceptual y la selección de indicadores básicos de desempeño, abordando la cuestión de cómo medir y comprender los aspectos clave del desempeño de los sistemas de APS en los LMIC.

objetivo investigar la percepción de los equipos de salud pertenecientes a los CESFAM que están acreditados, con respecto al proceso de implementación y logro de la acreditación.

El objetivo de esta revisión es identificar los elementos específicos de las intervenciones de atención centrada en el paciente y multimorbilidad que se asocian con resultados positivos para los pacientes.

La atención primaria de salud (APS) eficaz es la clave para lograr la cobertura universal de salud. Los indicadores clave de desempeño (KPI) son un componente de la mejora de la calidad en el sector de servicios de APS que proporciona retroalimentación para informar y mejorar la prestación de servicios públicos y promover la rendición de cuentas. Evaluamos el desempeño actual del servicio de APS mediante el uso de KPI para identificar los posibles desafíos que deben afrontarse, resaltar las lecciones aprendidas y proponer pasos hacia las mejoras.

. Este estudio exploró la asociación de los informes públicos de los indicadores de desempeño de los centros de atención a largo plazo en Canadá con las tendencias de desempeño.

Demostrar indicadores de calidad para la APS que sean factibles, integrales y adaptables a una amplia gama de sistemas de salud y entornos de recursos

Nuestro estudio transversal nacional se realizó en Hungría para evaluar la influencia de las características de GMP en los indicadores de desempeño

Las organizaciones de atención médica monitorean cientos de indicadores de desempeño. No está claro qué procesos y criterios usan las organizaciones para identificar los indicadores que usan, quién está involucrado en estos procesos, cómo se establecen los objetivos de desempeño y cuáles son los impactos de estos procesos. El propósito de este estudio es sintetizar enfoques internacionales para la selección de indicadores y desarrollar un marco de proceso estandarizado.

Se seleccionaron los diez principales diarios nacionales en inglés de Indian Readership Survey 2017 con versiones en línea para extraer información estándar confiable sobre la violencia contra los médicos en el lugar de trabajo entre el 1 de enero de 2017 y el 31 de diciembre de 2017

El objetivo principal del presente estudio fue presentar los métodos y resultados de las pruebas de validez y confiabilidad para la medida de CoC requerida para la aprobación

Nuestro objetivo en este documento es ilustrar la aplicación de ProMES para seleccionar y curar un conjunto específico de medidas de calidad de atención primaria, priorizadas según su contribución general y valor para la atención primaria.

Evaluar la distribución espacial del coeficiente de mortalidad en niños de uno a cinco años en Brasil y sus indicadores

Restricted access

Identificar los principales factores de riesgo para el desarrollo infantil y relacionados con la logopedia, de recién nacidos y lactantes monitoreados por el programa de Atención Primaria de Salud.

analizar la experiencia de Atención Primaria Social en el Departamento de Caldas, Colombia.

(1) predecir los resultados de salud de la población medidos como morbilidad hospitalaria, tomando como predictores la morbilidad de atención primaria (AP) ajustada por determinantes sociales de la salud (DSS); y (2) analizar la variabilidad geográfica del impacto de la morbilidad de AP ajustada por DSS en la morbilidad hospitalaria, mediante la combinación de datos provenientes de la historia clínica electrónica y operaciones seleccionadas del Instituto Nacional de Estadística/ INE

El presente artículo busca reflexionar, desde una perspectiva foucaultiana y a partir de un análisis de las MS y el IAAPS, es posible pensar la APS como un dispositivo de biopoder al interior de la salud pública chilena

objetivo es desarrollar un sistema de medición del desempeño sistemático y operable para evaluar la oficina del médico general.

se llevó a cabo una evaluación orientada al propósito del sistema de información de salud (HIS) en Irlanda y su idoneidad para respaldar la implementación de un marco evaluación del desempeño del sistema de salud irlandés (HSPA).

Examinar la asociación entre la proximidad geográfica a los proveedores de atención primaria versus los hospitales y el riesgo de visitas evitables y potencialmente evitables al servicio de urgencias entre niños con diagnóstico preexistente de trastorno por déficit de atención/hiperactividad o asma.

objetivo llevar a cabo una revisión sistemática de los efectos de la integración o coordinación entre los servicios de atención médica, o entre la atención médica y social en los resultados de la prestación de servicios, incluida la eficacia, la eficiencia y la calidad de la atención.

Nuestros objetivos eran dos: 1) Evaluar los beneficios de las estrategias de salud de la población centradas en los determinantes sociales de la salud e integradas en el hogar médico de atención primaria (PCMH) y 2) determinar cómo estas estrategias afectan los resultados de la diabetes y las enfermedades cardiovasculares entre una comunidad de bajos ingresos, principalmente minoritaria. También investigamos las asociaciones entre estos resultados y el uso y los costos del departamento de emergencias (ED) y de pacientes hospitalizados (IP).

El propósito de esta revisión sistemática fue sintetizar los datos sobre el impacto de la atención concordante del idioma para pacientes con LEP en comparación con otras intervenciones para mejorar el acceso al idioma, incluidos intérpretes profesionales e intérpretes no capacitados (ad hoc)

El objetivo de este estudio es describir la percepción de la calidad por parte de los administradores de atención primaria de salud en Ucrania.

Examinar la asociación de la salud autoinformada de los pacientes en prácticas generales, medida por el EQ-5D-5L, con la calidad clínica de la práctica y la satisfacción informada por el paciente con la accesibilidad y las consultas.

Identificar los impactos clave de la integración de los farmacéuticos en la atención primaria en los indicadores del sistema de salud, como la utilización y los costos de la atención médica.

objetivo de crear una sólida inteligencia de rendimiento en Europa que capte la capacidad de la atención primaria para responder a las necesidades de salud de la población. Específicamente, este trabajo responde al compromiso de política de los países miembros de la Región Europea de la OMS promulgado en 2016, que exige un monitoreo regional intensificado sobre la prestación de servicios de salud

Proporcionar una visión general de los dominios y dimensiones que se deben tener en cuenta al evaluar la atención primaria y los indicadores específicos que se recopilarán y analizarán para mejorar la comprensión del desempeño de la atención primaria.

objetivo fue examinar las desigualdades socioeconómicas en la calidad de la atención brindada por los equipos de salud familiar en rondas sucesivas de PMAQ durante el período 2011–19. Utilizamos datos del programa sobre el desempeño de los equipos de salud familiar a nivel nacional, ubicando a cada equipo en un área censal para establecer el nivel socioeconómico de la población de captación. El análisis principal se centró en los equipos de salud familiar que brindan atención a más de 48 millones de personas.

Desarrollar un marco de indicadores de calidad de la atención primaria basados en la población adaptados a los pacientes con demencia e identificar un subconjunto de indicadores prioritarios impulsados por las partes interesadas.

El objetivo de este estudio fue explorar el efecto del uso de una base de conocimientos en línea sobre las experiencias de los pacientes y la calidad de la atención médica.

El objetivo de este estudio fue examinar si se podía mantener la salud de la población y la experiencia de atención en CP+.

Los indicadores de la Organización Mundial de la Salud/Red Internacional para el Uso Racional de Medicamentos (OMS/INRUD) se utilizan ampliamente para evaluar el uso de medicamentos. Sin embargo, existe evidencia limitada sobre su validez en la atención primaria de salud (APS) de Namibia para evaluar la calidad de la prescripción. En consecuencia, nuestro objetivo era abordar esto.

objetivo identificar un conjunto de indicadores-actividades que reflejen la aplicación de los principios de la APS por parte de los CHWP nacionales o de gran escala en los LMIC.

Hay dos objetivos del estudio actual: (1) confirmar la relación no lineal entre las densidades de NRD y el IMC autoinformado en una amplia gama de desarrollo en una muestra nacional de pacientes de atención primaria con enfermedades crónicas y (2) evaluar si la relación no lineal se aplica a otros resultados de salud, incluidos los índices de salud mental y física.

Este estudio busca identificar medidas de salud conductual en relación con la atención de la salud física que están actualmente disponibles a través del Centro de Información Nacional de Medidas de Calidad (NQMC) y el Foro Nacional de Calidad (NQF), así como otras fuentes clave.

El objetivo era (1) explorar los factores organizacionales que influyen en el uso de atención de bajo valor (LVC) según la percepción de los médicos de atención primaria y (2) explorar qué estrategias organizacionales creen que son útiles para reducir el uso de LVC.

Se evaluó la asociación de los factores de complejidad social con la calidad de la atención recibida por los pacientes en los entornos de atención primaria.

Este artículo realiza un análisis longitudinal de la evolución de un conjunto de 9 indicadores de contratación de atención primaria de salud, en tres Agrupaciones de Centros de Salud (ACeS), de la Administración Regional de Salud de Lisboa y Valle del Tajo (ARSLVT).

A pesar de los avances significativos en la ciencia de la medición de la calidad de la atención durante la última década, los enfoques para desarrollar indicadores de calidad de la atención para las prioridades de salud global no están claramente definidos. Llevamos a cabo una revisión de alcance de los conceptos y métodos utilizados para desarrollar indicadores de calidad de atención médica para informar mejor los esfuerzos en curso hacia un enfoque más armonizado para el desarrollo de indicadores de calidad de atención en salud global.

Estudiar las relaciones entre los diferentes dominios de la calidad de la atención primaria de salud para la evaluación del desempeño del sistema de salud y para informar la toma de decisiones políticas.

Para explorar las perspectivas de Los Trabajadores Comunitarios de Salud (CHW) sobre su satisfacción laboral, motivación y desafíos que afectan su desempeño, realizamos un estudio cualitativo utilizando discusiones de grupos focales con CHW en zonas rurales de Malawi.

En este artículo, evaluamos críticamente el diseño de PMAQ y su evolución a lo largo del tiempo. Comparamos PMAQ con uno de los ejemplos más conocidos de un esquema P4P de atención primaria de salud, el Marco de calidad y resultados del Reino Unido (QOF), que se implementó de manera similar a escala rápidamente dentro de un sistema nacional de salud.

Examinamos si las bonificaciones por desempeño otorgadas a los trabajadores del equipo de salud de la familia estaban asociadas con cambios en la calidad de la atención y si el tamaño de la bonificación importaba en Brasil.

Informamos sobre un componente del marco de monitoreo y evaluación de Aardram para la atención primaria de la salud, donde los indicadores de entrada, salida y resultado del trazador se seleccionaron utilizando un proceso Delphi modificado y se probaron en el campo.

La metodología WISN ofrece un método objetivo y científico para estimar los requisitos de la fuerza laboral de salud en función de las cargas de trabajo reales, analizando tanto las actividades de servicios de salud como las que no son de servicios de salud que llevan a cabo los trabajadores de la salud utilizando estadísticas de servicios reales de la instalación

El objetivo de este estudio ha sido evaluar el desempeño de la atención primaria de los municipios brasileños en relación a las acciones y resultados en salud.

El objetivo de este estudio fue revisar sistemáticamente la literatura para crear una lista de indicadores de calidad relevantes para pacientes con TMG que podrían capturarse utilizando datos de rutina y que podrían usarse para monitorear o incentivar una atención primaria de mejor calidad.

El objetivo de esta revisión es comprender en qué medida se han estudiado las tasas de hospitalización de ACSC durante los desastres y con qué precisión se pueden utilizar para evaluar el desempeño de la APS.

Este estudio describe las pruebas psicométricas del Cuestionario de Resultados de Atención Primaria (PCOQ), que fue diseñado para capturar una amplia gama de resultados relevantes para la atención primaria.

El objetivo de este estudio fue evaluar la viabilidad de la base de datos nacional electrónica de atención primaria de salud (APS) en Kirguistán para producir información sobre la carga de morbilidad de la población de pacientes y sobre los procesos y la calidad de la atención de las enfermedades no transmisibles (ENT) en APS.

El objetivo general es establecer un consenso con expertos para contribuir al desarrollo de la primera herramienta integral, basada en evidencia y respaldada profesionalmente para analizar e informar sobre todos los componentes de la práctica general de alta calidad en Australia.

En el futuro, las comunidades deben involucrarse más en la evaluación del éxito de los esfuerzos para expandir la atención primaria de salud. Gran parte de la atención primaria de la salud ha tenido lugar, y seguirá haciéndose, fuera de los establecimientos de salud. Involucrar a los miembros de la comunidad en las decisiones sobre las prioridades de salud y en la prestación de servicios basados en la comunidad es clave para mejorar los sistemas que promueven el acceso a la atención.

Examinamos si el Contrato de Calidad Alternativa (AQC, por sus siglas en inglés) de Blue Cross Blue Shield (BCBS, por sus siglas en inglés) de Massachusetts, una de las primeras iniciativas comerciales de la ACO asociada con la reducción del gasto y la mejora de la calidad para los afiliados al BCBS, también se asoció con cambios en el gasto y la calidad de Medicare beneficiarios, que no estaban cubiertos por el AQC.

objetivo estimar los requisitos de personal para la prestación de atención médica en los centros de salud primarios focales por parte del cuadro de trabajadores de la salud en el área de gobierno local de Kaduna North en el estado de Kaduna, Nigeria, empleando la metodología WISN

La atención primaria de salud (APS) eficaz es la clave para lograr la cobertura universal de salud. Los indicadores clave de desempeño (KPI) son un componente de la mejora de la calidad en el sector de servicios de APS que proporciona retroalimentación para informar y mejorar la prestación de servicios públicos y promover la rendición de cuentas. Evaluamos el desempeño actual del servicio de APS mediante el uso de KPI para identificar los posibles desafíos que deben afrontarse, resaltar las lecciones aprendidas y proponer pasos hacia las mejoras.

Las subvenciones de Integración de atención primaria y de salud conductual (PBHCI, por sus siglas en inglés) tienen como objetivo mejorar la salud de las personas con enfermedades mentales graves mediante la integración de servicios médicos generales primarios y preventivos en entornos de salud conductual. Este informe describe los resultados médicos generales de las personas atendidas por las primeras cohortes de programas, financiados en 2009 o 2010, que participaron en este proyecto de demostración nacional.

Determinar si un programa que usó PHC redujo las disparidades raciales/étnicas en el control del colesterol LDL y la presión arterial (PA).

El objetivo de este análisis de 2 años es evaluar la durabilidad del efecto de la intervención.

Determinar qué indicadores clínicos QOF son aplicables para la atención primaria de BFG HS.

La enfermedad cardiovascular (ECV) es una de las principales causas de mortalidad en la artritis reumatoide (AR). Este estudio revisó y evaluó sistemáticamente las pautas y los indicadores de calidad (IC) relacionados con el manejo del riesgo de ECV en pacientes con AR.

El propósito de este estudio fue identificar los indicadores de desempeño de VIH existentes que abarcarían las métricas específicas de la enfermedad, así como las medidas de atención integral de las personas con VIH que reciben atención en un entorno de atención primaria de salud.

Presentar un marco internacional de indicadores de seguridad del paciente en atención primaria.

El objetivo del estudio descrito en este protocolo es evaluar la aceptación y la eficacia del CDSS NHGDoc sobre la calidad de la atención primaria en los Países Bajos. Más concretamente, los objetivos de nuestro estudio son los siguientes:

1. Evaluar los efectos del CDSS NHGDoc sobre indicadores de desempeño relevantes para el proceso de atención médica
2. Evaluar los efectos del CDSS NHGDoc en los resultados de los pacientes
3. Para obtener información sobre los determinantes que afectan la aceptación y el impacto de NHGDoc

objetivo de este trabajo es realizar una revisión de revisiones para identificar indicadores de resultado susceptibles del ámbito de atención primaria.

El objetivo de esta revisión general no es un ejercicio para una meta-revisión, sino más bien identificar revisiones sistemáticas de estudios sobre indicadores de calidad (IC) para APS para proporcionar una lista de indicadores seleccionados considerados en revisiones sistemáticas.

Mejorar la calidad de la atención brindada a niños y adolescentes mediante la definición de un conjunto de indicadores de calidad que reflejen las pautas nacionales basadas en evidencia y que sean factibles de auditar utilizando registros clínicos informatizados de rutina.

El objetivo del artículo fue revisar sistemáticamente los proyectos de calidad implementados utilizados para la evaluación de la calidad en los servicios de atención primaria de salud .

A pesar de los avances significativos en la ciencia de la medición de la calidad de la atención durante la última década, los enfoques para desarrollar indicadores de calidad de la atención para las prioridades de salud global no están claramente definidos. Llevamos a cabo una revisión de alcance de los conceptos y métodos utilizados para desarrollar indicadores de calidad de atención médica para informar mejor los esfuerzos en curso hacia un enfoque más armonizado para el desarrollo de indicadores de calidad de atención en salud global.

Se propone la identificación y evaluación de indicadores de actividad asistencial específicos de atención primaria y medicina familiar de las Consejerías de Sanidad autonómicas, analizando sus experiencias









Año	Pais	Motor de busqueda
2014	colombia	
2013	Reino Unido	
2014	Países Bajos	
2000	Reino Unido	
1998	Reino Unido	
2010	Países Bajos	

2006	Inglaterra	
2017	Filandia	
2021	Reino Unido	
2017	Canada	
2019	Suecia	
2022	Turquia	
	USA	No disponible articulo completo
2022	Francia	Descarta por idioma
2022	Turquia	
2018	Países Bajos	
2022	UCRANIA	
2018	Países Bajos	

2011	España	
2014	USA	
2017	USA	
2017	China	Artiuclo disponible solo con pago
2017	Brasil	
2020	Portugal	
2010	Australia	

2022	Canada	
2017	USA	
2018	Canada	
2017	USA	
2023	Chile	

2018	Haiti	
2018	Canada	
2020	Oman	
2022	Canada	
2021	Egipto	
2019	Hungria	

2022	canada	
2020	India	
2022	USA	
2022	Australia	
2022	Brasil	
2016	Hungria	
2022	Brasil	
2022	Colombia	
2022	España	

2020	Chile	
2022	China	
2022	Irlanda	
2022	USA	
2018	Reino Unido	
2022	USA	
2019	USA	

2022	UCRANIA	
2021	Reino Unido	
2019	Reino Unido	
2019	Países Bajos	
2018	Países Bajos	
2021	Reino Unido	

2022	Quebec	
2020	Suecia	
2020	Países Bajos	
2019	Namibia	
2022	Australia	
2022	USA	

2018	USA	
2022	Suecia	
2018	Canada	
2017	Portugal	
2021	Sudáfrica	
2017	Reino Unido	
2022	Malawi	
2023	Brasil	

2022	Brasil	
2020	India	
2022	Filipinas	
2017	Brasil	
2017	Alemania	
2022	Italia	
2018	Inglaterra	

2022	Finlandia	
2022	Australia	
2020	USA	
2013		
2022	Nigeria	
2020	Oman	
2016	USA	

2018	USA	
2019	Reino Unido	
2008	Alemania	
2015	USA	
2015	Canada	
2015	España	
2014	Paises Bajos	

2017	España	
2022	Turquia	
2019	Portugal	
2014	Canada	
2015	Grecia	
2022	Sudáfrica	
2021	España	









## Resumen de artículo

El estudio pretende contribuir a mejorar la salud en Colombia a través de un esquema nacional de indicadores de desempeño del sector salud. Se presenta un análisis descriptivo de datos secundarios de Colombia e Israel, que al igual que Colombia cuenta con un modelo, basado en la competencia regulada. Israel tiene un esquema simple pero efectivo que consiste en indicadores de desempeño y calidad predefinidos y aceptados a nivel nacional, con un mecanismo de monitoreo y un proceso de estudio comparativo para establecer buenas prácticas, así como un medio para difundir estas prácticas. El esquema israelí se puede adaptar fácilmente a Colombia debido a la similitud estructural de los sistemas y la naturaleza sencilla del esquema.

Antecedentes: hay poca orientación disponible para los profesionales de la salud sobre qué herramientas podrían usar para evaluar la cultura de seguridad del paciente.

Objetivo: identificar herramientas útiles para evaluar la cultura de seguridad del paciente en las organizaciones de atención primaria en Europa; identificar aquellos aspectos del desempeño que deben evaluarse al investigar la relación entre la cultura de seguridad y el desempeño en la atención primaria.

Métodos: Se llevaron a cabo dos estudios basados en el consenso, en los que expertos en la materia y profesionales de atención primaria de la salud de varios estados de la UE calificaron (a) la aplicabilidad a su sistema de atención médica de varias herramientas de evaluación de la cultura de seguridad existentes y (b) la idoneidad y utilidad de una gama de indicadores potenciales de una cultura positiva de seguridad del paciente en entornos de atención primaria. Las herramientas de la cultura de la seguridad se probaron sobre el terreno en cuatro países para determinar los desafíos y problemas que surgen cuando se utilizan en la atención primaria.

Resultados: Las dos herramientas existentes que recibieron las calificaciones más favorables fueron el marco de seguridad del paciente de Manchester (versión de atención primaria de MaPsAF) y la encuesta de la Agencia para la investigación y la calidad de la atención médica (versión de consultorio médico).

Se identificaron varios indicadores potenciales del proceso de cultura de seguridad. El que emergió como el que ofrecía la mejor combinación de adecuación y utilidad en relación con la recopilación de datos sobre eventos adversos de los pacientes.

Conclusión: Se identificaron dos herramientas, una cuantitativa y otra cualitativa, como aplicables y útiles para evaluar la cultura de seguridad del paciente en entornos de atención primaria en Europa. Los indicadores de cultura de seguridad en la atención primaria deben centrarse en los procesos y no en los resultados de la atención.

Antecedentes: Los indicadores de la calidad de la atención primaria que se utilizan a menudo son las tasas de ingresos hospitalarios por afecciones que son potencialmente evitables mediante el buen funcionamiento de la atención primaria. Tales hospitalizaciones se denominan con frecuencia condiciones sensibles a la atención ambulatoria (ACSC, por sus siglas en inglés).

Objetivo: Nuestro objetivo es investigar qué características de la organización de la atención primaria influyen en la hospitalización evitable para ACSC crónicas.

Métodos: Se realizaron búsquedas en MEDLINE, Embase y SciSearch de publicaciones sobre hospitalización evitable y atención primaria. Los estudios se incluyeron si fueron revisados por pares, escritos en inglés, publicados entre enero de 1997 y noviembre de 2013, realizados en países de altos ingresos, identificaron la hospitalización por ACSC como medidas de resultado e investigaron las características de la organización de la atención primaria. Se realizó una evaluación del riesgo de sesgo para evaluar la calidad de los artículos.

Hallazgos: Se revisaron un total de 1778 publicaciones, de las cuales 49 cumplieron con los criterios de inclusión. Se encontraron 22 factores de atención primaria. Los factores se agruparon en cuatro grupos de atención primaria: características a nivel del sistema, accesibilidad, características estructurales y organizacionales y organización del proceso de atención. El suministro adecuado de médicos y una mejor continuidad longitudinal de la atención redujeron las hospitalizaciones evitables. Además, se encontraron resultados inconsistentes sobre la efectividad de varios programas de manejo de enfermedades para reducir las tasas de hospitalización.

Conclusiones: La evidencia disponible sugiere que una atención primaria sólida en términos de suministro adecuado de médicos de atención primaria y relaciones a largo plazo entre los médicos de atención primaria y los pacientes reduce las hospitalizaciones por ACSC crónicas. Hay una falta de evidencia de los efectos positivos de muchos otros aspectos organizacionales de la atención primaria, como los programas de manejo de enfermedades específicas.

Diseño: Análisis cualitativo de entrevistas semiestructuradas.

Ámbito: Quince prácticas de un grupo de atención primaria en el sur de Inglaterra.

Participantes: Cincuenta y dos profesionales de atención primaria de la salud, incluidos 29 médicos generales, 11 gerentes de práctica y 12 enfermeras de práctica.

Principales medidas de resultado: Percepciones de los participantes y acciones realizadas en respuesta a estos indicadores. Las barreras y facilitadores en el uso de estos indicadores para cambiar la práctica.

Resultados: Las barreras para el uso de los indicadores fueron la calidad de los datos y sus especificaciones técnicas, incluidas las definiciones de enfermedades como la insuficiencia cardíaca y el umbral para intervenciones como el control de la presión arterial. Sin embargo, los indicadores fueron lo suficientemente creíbles como para incitar a la mayoría de los equipos de atención primaria a reflexionar sobre algún aspecto de su desempeño. La respuesta más común fue mejorar la calidad de los datos aumentando o mejorando la precisión del registro. Faltaba un enfoque de equipo coordinado para la toma de decisiones. Los equipos de atención primaria dieron poca importancia al potencial de los indicadores de desempeño para identificar y abordar las desigualdades en los servicios entre las prácticas. La barrera más común para el cambio fue la falta de tiempo y recursos para actuar sobre los indicadores.

Conclusión: Para la implementación efectiva de los indicadores nacionales de desempeño, existen muchas barreras que superar a nivel individual, de práctica y de grupo de atención primaria. Se requiere capacitación y recursos adicionales para mejorar la calidad y la recopilación de datos, la educación adicional de todos los miembros de los equipos de atención primaria y medidas para fomentar el desarrollo organizacional dentro de las prácticas. A menos que se aborden estas barreras, los indicadores de desempeño podrían inicialmente aumentar la variación aparente entre las prácticas.

En Inglaterra, los grupos de atención primaria tendrán un papel clave en la promoción de la salud y la mejora de la atención sanitaria de su población local. 1 Para abril de 1999, estos grupos, en los que participarán todos los profesionales de la atención primaria, proporcionarán y encargarán la atención de la salud de unas 100 000 personas en cada localidad. Los grupos de atención primaria serán responsables ante las autoridades sanitarias y "acordarán objetivos para mejorar la salud, los servicios de salud y la relación calidad-precio". 1 Habrá varios grupos de atención primaria en cada autoridad sanitaria distrital.

Este nuevo enfoque ofrece a la atención primaria la oportunidad de integrar aún más la promoción de la salud y la atención de la salud a nivel individual y poblacional.

El actual gobierno del Reino Unido tiene la intención de gestionar el desempeño del "nuevo NHS"; la palabra rendimiento apareció 88 veces en su libro blanco reciente. 1 Ha publicado un marco nacional para evaluar el desempeño como un documento de consulta, 2 y se juzgará que los grupos de atención primaria dentro de las autoridades de salud han "desempeñado" bien sobre la base de los indicadores enumerados en la tablatabla 1.1. La mayoría son atribuibles en parte a la atención primaria, pero solo algunos están vinculados a intervenciones que necesariamente conducirán a mejores resultados de salud.

El gobierno también ha propuesto cuatro objetivos para Inglaterra en su libro verde Our Healthier Nation . 3 Los enfoques adoptados por las autoridades sanitarias y, presumiblemente, por los grupos de atención primaria, serán "controlados completamente por las Oficinas Regionales del Ejecutivo del NHS". 3 Estos objetivos para reducir las tasas de mortalidad por enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares, cáncer, suicidio y accidentes son todos indicadores de resultados pero, de nuevo, solo se pueden atribuir en parte a la atención primaria.

Fondo: La investigación científica ha proporcionado evidencia sobre los beneficios de los sistemas de atención primaria bien desarrollados. La relevancia de algunas de estas investigaciones para la situación europea es limitada.

Actualmente existe una falta de información actualizada, completa y comparable sobre la variación en el desarrollo de la atención primaria, y una falta de conocimiento de las estructuras y estrategias conducentes a fortalecer la atención primaria en Europa. El proyecto financiado por la CE Monitor de Actividad de Atención Primaria de Salud para Europa (PHAMEU) tiene como objetivo llenar este vacío mediante el desarrollo de un Sistema de Monitoreo de Atención Primaria (PC Monitor) para su aplicación en 31 países europeos. Este artículo describe el desarrollo de los indicadores del PC Monitor, que permitirán crear un modelo alternativo para el análisis holístico de la atención primaria.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática de la literatura de atención primaria publicada entre 2003 y julio de 2008. Esto resultó en una descripción general de: (1) las dimensiones de la atención primaria y su relevancia para los resultados a nivel del sistema de salud (primario); (2) características esenciales por dimensión; (3) indicadores aplicados para medir las características de las dimensiones de la atención primaria. Los indicadores fueron evaluados por el equipo del proyecto contra criterios de relevancia, precisión, flexibilidad y poder de discriminación. Un panel de expertos en atención primaria de varios países europeos (que representan una variedad de sistemas de atención primaria) evaluó el conjunto de indicadores resultante en cuanto a su idoneidad para la comparación de sistemas de atención primaria en toda Europa.

Resultados: El PC Monitor desarrollado aborda la atención primaria en Europa como un concepto multidimensional. Describe las dimensiones clave de los sistemas de atención primaria en tres niveles: estructura, proceso y nivel de resultados. A nivel de estructura, incluye indicadores de gobernanza, condiciones económicas y desarrollo de la fuerza laboral. A nivel de proceso, los indicadores describen el acceso, la integridad, la continuidad y la coordinación de los servicios de atención primaria. A nivel de resultados, los indicadores reflejan la calidad y la eficiencia de la atención primaria.

Conclusiones: Se ha desarrollado un instrumento estandarizado para describir y comparar los sistemas de atención primaria basado en la evidencia científica y el consenso entre un panel internacional de expertos, que se probará en todas las configuraciones de atención primaria en Europa, con el fin de producir información comparable. El uso generalizado del instrumento tiene el potencial de mejorar la comprensión de la prestación de atención primaria en diferentes contextos nacionales y, por lo tanto, crear oportunidades para una mejor toma de decisiones.

Fondo: El desempeño de los fideicomisos de atención primaria en Inglaterra se evalúa y publica utilizando una serie de indicadores de desempeño diferentes. Nuestro estudio tiene dos propósitos generales. En primer lugar, averiguar si pares de indicadores que pretenden medir aspectos similares de la calidad están correlacionados (como sería de esperar si ambos son medidas válidas del mismo constructo). En segundo lugar, queríamos averiguar si los indicadores amplios (globales) se correlacionaban con alguna característica particular de los Fideicomisos de atención primaria, como el gasto per cápita.

Métodos: Análisis transversal cuantitativo utilizando datos de seis indicadores de rendimiento PCT 2004/05 para 303 fideicomisos de atención primaria en inglés de cuatro fuentes de dominio público: calificación de estrellas, puntajes agregados del marco de calidad y resultados, índice de mortalidad del Dr. Foster, índice de equidad del Dr. Foster (corazón por -pasaporte y reemplazos de cadera), estándares de gestión de riesgos de la autoridad de litigios del NHS y puntajes de satisfacción del paciente de Star Ratings. Análisis de regresión múltiple paso a paso hacia adelante para determinar el efecto de las características de confianza de la atención primaria en el rendimiento.

Resultados: La clasificación por estrellas y el total del marco de calidad y resultados, ambas medidas resumidas de la calidad global, no se correlacionaron entre sí (F = 0,66, p = 0,57). Sin embargo, hubo correlaciones positivas entre el total de Quality and Outcomes Framework y la satisfacción del paciente (r = 0,61, p < 0,001) y entre los indicadores de detección/'servicios adicionales' en Star Ratings y Quality and Outcomes Framework (F = 24, p < 0,001) . No hubo correlación entre las diferentes medidas de acceso a los servicios. Asimismo, no encontramos relación entre la clasificación por estrellas o los estándares de la autoridad de litigios y la mortalidad hospitalaria (F = 0,61, p = 0,61; F = 0,31, p = 0,73).

Conclusión: La evaluación del desempeño en el cuidado de la salud permanece en la agenda del gobierno, con nuevos estándares básicos y de desarrollo establecidos para reemplazar las calificaciones con estrellas en 2006. Sin embargo, los resultados de este análisis brindan poca evidencia de que los indicadores actuales tengan suficiente validez de construcción para medir el concepto subyacente de calidad, excepto cuando se considera el área específica de detección.

Diseño y configuración del estudio

Con base en el marco de calidad de la atención, buscamos en la literatura para desarrollar un conjunto de indicadores de calidad. Dos autores aplicaron los indicadores de calidad de forma independiente a una muestra de revisiones sistemáticas Cochrane de prevención primaria.

Resultados: Se desarrollaron cinco indicadores de calidad: tamaño de la muestra, franqueza de la evidencia, adherencia, daño y costos. Se aplicaron los indicadores de calidad a una muestra aleatoria de 84 de un total de 264 revisiones Cochrane de intervenciones de prevención primaria. Solo el 70 % de las revisiones ( n = 59) cumplió con el tamaño de la muestra del indicador, mientras que el 61 % ( n = 51) cumplió con la franqueza del resultado, el 48 % ( n = 40) con la adherencia, el 76 % ( n = 64) con el daño , y el 46% ( n = 39) con el indicador costo.

Conclusión: Aplicar los cinco indicadores de calidad es factible. La calidad de la evidencia en las revisiones de prevención primaria puede mejorarse sustancialmente. Los investigadores y revisores deben proporcionar más información, especialmente sobre el cumplimiento, los costos y la falta de direccionalidad del resultado. Se necesita investigación metodológica sobre cómo incorporar la información de costos en las revisiones sistemáticas y cómo lidiar mejor con la falta de direccionalidad.

Los sistemas de atención primaria de la salud son fundamentales para lograr la cobertura sanitaria universal. Sin embargo, en muchos entornos de países de ingresos bajos y medianos, la calidad de la atención primaria se ve desafiada por la infraestructura y el equipo inadecuados de las instalaciones, los recursos humanos limitados y el proceso deficiente del proveedor. Estudiamos los efectos de una reciente política de mejora de la calidad a gran escala en Sudáfrica, el Programa de Realización y Mantenimiento de Clínicas Ideales (ICRMP). El ICRMP introdujo un conjunto de estándares para las instalaciones y un proceso de mejora de la calidad que incluye manuales, apoyo basado en el distrito y evaluación externa. Aprovechando la priorización diferencial de las instalaciones para el proceso de mejora de la calidad del ICRMP, aplicamos métodos de diferencias en diferencias para identificar los efectos del programa. s esfuerzos en puntajes estándar e indicadores de calidad de atención primaria durante los primeros 12 meses de implementación. Encontramos aumentos grandes y estadísticamente significativos en los puntajes estándar, pero efectos mixtos en los resultados de la atención: una mejora de pequeña magnitud en el uso de la atención prenatal temprana, efectos nulos en la inmunización infantil y la detección del cáncer de cuello uterino, y un pequeño efecto negativo de la atención del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) . Si bien el proceso ICRMP ha llevado a mejoras significativas en la satisfacción de los estándares del programa por parte de los establecimientos, no pudimos detectar cambios significativos en los indicadores de calidad de la atención. efectos nulos sobre la inmunización infantil y la detección del cáncer de cuello uterino, y un pequeño efecto negativo de la atención del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Si bien el proceso ICRMP ha llevado a mejoras significativas en la satisfacción de los estándares del programa por parte de los establecimientos, no pudimos detectar cambios significativos en los indicadores de calidad de la atención.

Fondo: A pesar del creciente interés en evaluar la calidad de la atención para la depresión, hay pocas pruebas que respalden la medición de la calidad de la atención primaria para la depresión. Este estudio identificó indicadores de calidad basados en la evidencia para monitorear, evaluar y mejorar la calidad de la atención para la depresión en entornos de atención primaria.

Métodos: Se realizaron búsquedas en las bases de datos Ovid MEDLINE y Ovid PsycINFO y en la literatura gris, incluidos los sitios web de las organizaciones pertinentes, entre 2000 y 2015. Dos revisores seleccionaron los estudios de forma independiente si (1) la metodología del estudio combinaba una búsqueda sistemática de la literatura con la evaluación de los indicadores de calidad por parte de un panel de expertos y (2) los indicadores de calidad eran aplicables a la evaluación de la atención de adultos con depresión en entornos de atención primaria. Los estudios incluidos se evaluaron mediante el instrumento Appraisal of Indicators through Research and Evaluation (AIRE), que contiene cuatro dominios y 20 ítems. Se utilizó una síntesis narrativa para combinar los indicadores dentro de los temas. Los indicadores de calidad aplicables a la atención de adultos con depresión en entornos de atención primaria se extrajeron mediante un formulario estructurado.

R resultados: La búsqueda reveló 3838 estudios. Se identificaron cuatro publicaciones adicionales a través de la búsqueda de literatura gris. Treinta y nueve artículos fueron revisados en detalle y siete cumplieron con los criterios de inclusión. De acuerdo con los dominios de AIRE, todos los estudios fueron claros en cuanto al propósito y la participación de las partes interesadas, mientras que apenas se describió el respaldo formal y el uso de indicadores en la práctica. Se identificaron un total de 53 indicadores de calidad de los estudios incluidos, muchos de los cuales se superponen conceptualmente o en contenido: 15 indicadores de estructura, 33 de proceso y cuatro de resultado. Este estudio identificó indicadores de calidad para evaluar la atención primaria para la depresión entre pacientes adultos.

Conclusiones: El conjunto identificado de indicadores aborda múltiples dimensiones de la atención de la depresión y proporciona un excelente punto de partida para un mayor desarrollo y uso en entornos de atención primaria.

Se descarta por Idioma

El fácil acceso a los datos de los registros electrónicos de pacientes ha hecho que el uso de este tipo de datos en los sistemas de pago por desempeño sea cada vez más común. Los médicos generales (GP) de toda Europa se oponen a esto por varias razones. No todos los datos se pueden utilizar para derivar indicadores de buena calidad y los indicadores de calidad no pueden reflejar el amplio alcance de la atención primaria. Cualidades como la atención centrada en la persona y la continuidad son particularmente difíciles de medir. Los indicadores instan a los médicos y enfermeras a dedicar demasiado tiempo al registro y administración de los datos requeridos. Sin embargo, los indicadores de calidad pueden ser muy útiles como puntos de partida para las discusiones sobre la calidad en la atención primaria, con el fin de iniciar, estimular y apoyar el trabajo de mejora local. Esto llevó a que la Sociedad Europea para la Calidad y la Seguridad del Paciente en la Medicina General (EQUIP) sintiera la necesidad de aclarar los diferentes aspectos de los indicadores de calidad actualizando su declaración sobre la medición de la calidad en Atención Primaria. La declaración ha sido respaldada por el Wonca Europe Council en 2018

Se descarta ya esta este articulo

Medir la calidad de la atención puede transformar la atención, pero existen pocas herramientas para medir la calidad desde la perspectiva del cliente. El objetivo de este estudio fue crear escalas concordantes de calidad de atención autoinformadas por médicos y clientes en una muestra de médicos comunitarios de salud mental ( n = 189) y clientes ( n = 469). La escala del cliente tenía tres factores distintos (atención centrada en la persona, interacciones negativas del personal y atención desatendida), mientras que la escala del médico tenía dos: atención centrada en la persona y atención discordante. Ambas versiones demostraron una adecuada consistencia interna y validez con medidas relacionadas con la satisfacción y la relación terapéutica. Estas medidas son herramientas de evaluación de calidad breves y prometedoras.

El sector de la salud es un sector sensible, ya que la salud es un factor de prosperidad económica, social y cultural. El hospital público de Marruecos se enfrenta a limitaciones y disfunciones que repercuten directamente en la calidad de la atención prestada. Por tanto, es fundamental controlar la calidad asistencial en cualquier entidad asistencial e identificar previamente sus principios básicos.

Se descarta ya esta este articulo

Se descarta ya esta este articulo

Se descarta ya esta este articulo

Los indicadores de calidad se utilizan para medir la calidad de la atención y permitir la evaluación comparativa. Falta una descripción general de todos los indicadores de calidad de fractura de cadera existentes. El objetivo principal fue identificar los indicadores de calidad para la atención de la fractura de cadera informados en la literatura, las auditorías de fractura de cadera y las guías. El objetivo secundario fue componer un conjunto de indicadores de calidad metodológicamente sólidos para la evaluación de la atención de la fractura de cadera en la práctica clínica. Se realizó una búsqueda bibliográfica según las guías PRISMA y una búsqueda en internet para identificar indicadores de calidad de fractura de cadera. Los indicadores se subdividieron en indicadores de proceso, de estructura y de resultado. La calidad metodológica de los indicadores se juzgó utilizando el instrumento de Evaluación de Indicadores mediante Investigación y Evaluación (AIRE). Para indicadores de estructura y proceso, se evaluó la validez de constructo. Se incluyeron dieciséis publicaciones, nueve auditorías y cinco guías. En total, se encontraron 97 indicadores únicos de calidad: 9 de estructura, 63 de proceso y 25 de resultado. Debido a que se carecía de información metodológica detallada sobre los indicadores, no se pudo aplicar el instrumento AIRE. Siete indicadores correlacionados con una medida de resultado. Se extrajo un conjunto de nueve indicadores de calidad de la literatura, las auditorías y las directrices. Se describen y utilizan muchos indicadores de calidad. No todos se correlacionan con los resultados de la atención y han sido evaluados metodológicamente. Dado que se carece de evidencia metodológica, recomendamos utilizar el conjunto extraído de nueve indicadores como punto de partida para futuras investigaciones clínicas.

<p>Fundamento. El autocuidado y el manejo del régimen terapéutico por parte del paciente (adherencia a su medicación, conductas preventivas y desarrollo de estilos de vida saludables) son componentes clave del abordaje de las enfermedades crónicas. La enfermería dispone de lenguajes estandarizados para describir muchas de estas situaciones, como el diagnóstico "gestión ineficiente de la propia salud" (GIPS) o muchos indicadores de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Los objetivos de este estudio, pretenden conocer la fiabilidad interobservador de un instrumento de valoración y ayuda al diagnóstico de la GIPS en pacientes crónicos que acuden a consultas de Atención Primaria, basado en indicadores NOC, además de determinar su validez diagnóstica y describir la prevalencia de pacientes con este problema.</p> <p>Material y métodos. Estudio observacional transversal de validación, en las provincias de Málaga, Cádiz y Almería durante los años 2006 a 2009. Cada paciente era valorado por 3 observadores de forma independiente: una pareja evaluaba la puntuación de los distintos indicadores y un tercer observador experto actuaba como patrón oro.</p> <p>Resultados. Doscientos veintiocho pacientes fueron incluidos, con un 37,7% de ellos con más de un proceso crónico concomitante. Los indicadores NOC mostraron una alta fiabilidad interobservador (CCI&gt;0,70) y una consistencia interna buena (alfa de Cronbach: 0,81). Con un punto de corte en 10,5, se obtuvo una sensibilidad del 61% y una especificidad del 85%, con un área bajo la curva de 0,81 (IC95%: 0,77 a 0,85). La prevalencia de pacientes con GIPS fue del 36% (IC 95%: 34 a 40).</p> <p>Conclusiones.. El uso de indicadores de la NOC permite valorar el manejo del régimen terapéutico en pacientes crónicos, con una validez aceptable y aporta nuevos enfoques para el abordaje de este problema.</p>
<p>Métodos: Este estudio observacional de 1507 adultos deprimidos examinó las evaluaciones iniciales de consumo de riesgo (puntuación de la prueba de identificación de trastornos por consumo de alcohol <math>\geq 8</math>), ansiedad severa (puntuación de 7 ítems del trastorno de ansiedad generalizada <math>\geq 15</math>) y trastorno bipolar [evaluación positiva del Cuestionario de trastornos del estado de ánimo (MDQ ) ] ; remisión de la depresión a los 6 meses; atención primaria, psiquiátrica, departamento de emergencias (ED) y visitas de pacientes hospitalizados 1 año después de la línea de base; y múltiples covariables. Los análisis incluyeron regresión binomial negativa logística y con inflación cero.</p> <p>Resultados: En la línea de base sin ajustar, el 60,7 % no tenía resultados positivos más allá de la depresión, el 31,5 % tenía uno (principalmente ansiedad severa), el 6,6 % tenía dos y el 1,2 % tenía los tres. En modelos multivariados, las pruebas de detección positivas redujeron las probabilidades de remisión frente a ninguna prueba de detección positiva [p. ej., razón de probabilidad (OR) de una prueba = 0,608, p = 0,000; los tres OR=0.152, p =.018]. La detección positiva de ansiedad severa predijo más visitas posteriores al inicio de todo tipo; la ansiedad severa más el consumo de alcohol de riesgo predijeron mayor atención primaria, urgencias y hospitalización; la ansiedad severa más el MDQ y la combinación de las tres pruebas positivas predijeron un mayor número de visitas psiquiátricas (todas p &lt; 0,05). Los patrones de utilización ajustados por regresión variaron entre combinaciones de pantallas positivas.</p> <p>Conclusiones: Las pantallas positivas predijeron una remisión más baja. La ansiedad severa y sus combinaciones con otras pruebas positivas fueron comunes y generalmente predijeron una mayor utilización. Las prácticas pueden beneficiarse de la evaluación de los pacientes de atención colaborativa que presentan estos patrones de detección para determinar la asignación de recursos.</p>
<p>Fondo: La creciente evidencia indica que el reconocimiento y tratamiento tempranos de los trastornos de la salud del comportamiento pueden prevenir complicaciones, mejorar la calidad de vida y ayudar a reducir los costos de atención médica. El objetivo de esta revisión sistemática de la literatura fue identificar y evaluar herramientas disponibles públicamente y probadas psicométricamente que los médicos de atención primaria (PCP) pueden usar para evaluar a pacientes adultos en busca de trastornos mentales y por uso de sustancias comunes, como depresión, ansiedad y trastornos por consumo de alcohol.</p> <p>Métodos: Seguimos las pautas de revisión sistemática del Instituto de Medicina (IOM) y buscamos en las bases de datos PubMed, PsycINFO, Applied Social Sciences Index and Abstracts, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, y Health and Psychosocial Instruments para identificar literatura que aborde herramientas para la detección de la salud del comportamiento. condiciones. Recolectamos información sobre la psicometría de cada herramienta, aplicabilidad en atención primaria y características como número de ítems y modo de administración. Incluimos herramientas enfocadas en adultos y las condiciones de salud conductual más comunes; excluimos herramientas diseñadas para niños, jóvenes o adultos mayores; escalas holísticas de salud; y herramientas de detección de trastornos graves pero menos frecuentes, como el trastorno bipolar.</p> <p>Resultados: Identificamos 24 herramientas de detección que cumplieron con los criterios de inclusión. Quince herramientas eran subescalas derivadas de evaluaciones de múltiples trastornos o herramientas que evaluaban más de un trastorno mental o más de un trastorno por uso de sustancias en un solo instrumento. Nueve eran herramientas ultracortas para un solo trastorno. Las herramientas variaban en psicometría y en la medida en que habían sido administradas y estudiadas en entornos de atención primaria.</p> <p>Discusión: Las herramientas derivadas del Cuestionario de salud del paciente fueron las que más se probaron y aplicaron en entornos de atención primaria. Sin embargo, muchas otras herramientas podrían satisfacer las necesidades de las prácticas de atención primaria. Esta revisión brinda información que los PCP pueden usar para seleccionar las herramientas apropiadas para incorporar en un protocolo de detección.</p>
<p>China ha logrado avances notables en el fortalecimiento de su sistema de atención primaria de la salud. Sin embargo, el sistema aún enfrenta desafíos en características estructurales, incentivos y políticas, y calidad de atención, todo lo cual disminuye su preparación para atender a una quinta parte de la población mundial, que está envejeciendo y con una prevalencia creciente de enfermedades crónicas no transmisibles. enfermedad. Estos desafíos incluyen educación y calificaciones inadecuadas de su fuerza laboral, envejecimiento y rotación de médicos de aldea, sistemas de tecnología de la información de salud fragmentados, escasez de datos digitales sobre la práctica clínica diaria, subsidios e incentivos financieros que no fomentan el ahorro de costos y el buen desempeño, pólizas de seguro que dificultan la eficiencia de la atención, un insuficiente sistema de medición y mejora de la calidad, y un bajo desempeño en el control de los factores de riesgo (como la hipertensión y la diabetes). A medida que China profundiza su reforma de la atención de la salud, tiene la oportunidad de construir un sistema de atención primaria de la salud integrado y cooperativo, generando conocimiento a partir de la práctica que puede respaldar las mejoras, y reforzado por incentivos e indicadores de desempeño basados en evidencia.</p>
<p>La prescripción es uno de los factores que influye en el uso racional de los medicamentos. La evaluación de los indicadores de prescripción debe contribuir a la organización de los servicios de atención primaria de salud. Objetivo El objetivo de este estudio fue evaluar los indicadores de prescripción y los factores asociados en la atención primaria de salud en el distrito de salud del noreste, Belo Horizonte, Brasil. Ámbito Veinte unidades de atención primaria de salud en el Distrito de Salud del Nordeste, Belo Horizonte, Brasil. Método El estudio fue transversal. Se utilizaron indicadores propuestos por la Organización Mundial de la Salud para evaluar el uso racional de medicamentos. Medida de resultado principal Los indicadores evaluados fueron el número promedio de medicamentos por receta, la proporción de medicamentos con antibióticos, inyectables, medicamentos recetados por nombre genérico y medicamentos presentes en la lista de medicamentos esenciales. Resultados Trescientos noventa y nueve pacientes fueron entrevistados. El número medio de medicamentos por receta fue de 3,5 (DE 2,2). La proporción de medicamentos con antibióticos, inyectables, medicamentos recetados por nombre genérico y medicamentos presentes en la lista de medicamentos esenciales fue de 17,8, 9,8, 94,9, 91,4%, respectivamente. La edad del paciente <math>\geq 60</math> años se asoció positivamente con el número de medicamentos por prescripción (P = 0,00). Conclusión En el Distrito de Salud del Nordeste de Belo Horizonte, la proporción de prescripciones de antibióticos e inyectables, la adopción de la prescripción por nombre genérico y la prescripción de medicamentos esenciales fueron satisfactorias en este estudio considerando valores de referencia para esos indicadores y la literatura científica internacional.</p>
<p>Las unidades de atención primaria de salud son el primer contacto entre los ciudadanos y el sistema sanitario. Para evaluar la satisfacción de los pacientes con estas unidades, se realizó una encuesta en todas las unidades de APS en Portugal y se midió un conjunto de índices de satisfacción de los pacientes. El objetivo de este trabajo era doble: (i) encontrar los factores determinantes de los índices de satisfacción de los pacientes y (ii) analizar las diferencias entre áreas geográficas.</p> <p>Los principales resultados indican que, en primer lugar, la satisfacción global del paciente más relevante proviene de la satisfacción con el equipo de medicina general; en segundo lugar, en general, las personas disminuyen su nivel de satisfacción a medida que crece el tamaño de la unidad de salud; las personas de las zonas rurales están más satisfechas que las de las zonas urbanas, pero esta satisfacción disminuye con el tamaño creciente de la unidad; y la costa norte, la costa centro oeste y Oporto MA tienen niveles de satisfacción más altos que Lisboa MA y el resto de regiones.</p> <p>El determinante de satisfacción más relevante de la satisfacción del usuario proviene de la satisfacción con el equipo de médicos de cabecera. A diferencia de nuestras expectativas, la satisfacción con el equipo de enfermería tuvo poca relevancia en la explicación de la satisfacción del paciente. Una posible explicación surge de la continuidad de la atención y las características interpersonales que son más fuertes con los médicos de cabecera que con las enfermeras. Los pacientes todavía tienden a ver a los médicos de cabecera como aquellos que realmente resuelven sus problemas de salud y la razón por la cual, de antemano, van a la unidad de salud.</p> <p>En segundo lugar, los determinantes de la satisfacción relacionados con el paciente están en línea con la literatura previa. Las mujeres tienden a estar más satisfechas, las personas mayores están más satisfechas y las personas casadas y activas tienen más probabilidades de estar satisfechas. La experiencia previa en el uso de la unidad mejora la satisfacción y estar inscrito en una lista de médicos de cabecera tiene un gran efecto positivo en el nivel de satisfacción.</p>
<p>Diseño: Cuestionarios a pacientes de unidades de Atención Primaria de Salud (APS) en Portugal continental distribuidos a cada unidad según su tamaño; se distribuyeron códigos para garantizar respuestas únicas; el cuestionario fue anónimo y confidencial.</p> <p>Ámbito: Unidades de Atención Primaria de Salud en Portugal continental.</p> <p>Participantes: Pacientes de atención primaria de salud.</p> <p>Intervención(es): Ninguna.</p> <p>Medida(s) de resultado principal(es): Satisfacción general del paciente.</p> <p>Resultados: Los principales resultados indican que la dimensión más significativa que explica el índice general de satisfacción del paciente es la satisfacción con respecto a la atención del médico general (GP), y las otras dos variables explicativas más significativas de la satisfacción son estar inscrito en una lista de médicos y educación. Cuanto mayor es el tamaño de una unidad de APS, menor es la satisfacción. En las zonas rurales, el nivel de satisfacción es mayor que en las zonas urbanas. En comparación con el área metropolitana de Lisboa, todas las demás regiones muestran una mayor satisfacción en la dimensión de acceso.</p> <p>Conclusiones: Estos resultados contribuyen a la creación de información estratégica relevante para la evaluación de los diversos modelos de Atención Primaria de Salud, para la puesta en marcha y definición de políticas de salud.</p>

Antecedentes: La provincia de Ontario, Canadá, ha realizado importantes inversiones en equipos interdisciplinarios de atención primaria. Hay interés tanto en demostrar como en mejorar la calidad de la atención que brindan. Los desafíos incluyen la falta de consenso sobre la definición de calidad y la evidencia de que el proceso de medir la calidad puede ser contraproducente para lograrla. Este estudio describe cómo los equipos de atención primaria en Ontario midieron voluntariamente la calidad a nivel de equipo.

Métodos: Los datos de este estudio observacional de 4 años provinieron de registros médicos electrónicos (EMR), encuestas de pacientes e informes administrativos. Se calcularon estadísticas descriptivas para medidas individuales (p. ej., acceso, intervenciones preventivas) e indicadores compuestos de calidad y costos del sistema de salud. Las medidas repetidas identificaron las características del paciente y la práctica relacionadas con los resultados de calidad y costo.

Los equipos de resultados: participaron en un promedio de 5 de 8 iteraciones posibles del proceso de elaboración de informes. Hubo variación entre los equipos. Por ejemplo, las tasas de detección del cáncer de cuello uterino oscilaron entre el 21 % y el 86 % de las pacientes elegibles. Los equipos rurales tuvieron un desempeño significativamente mejor en algunos indicadores (p. ej., continuidad) y peor en otros (p. ej., detección de cáncer). Hubo algunos cambios estadísticos pero pequeños en el rendimiento a lo largo del tiempo.

Conclusión: La participación voluntaria alta y sostenida sugiere que la iniciativa atendió una necesidad de los equipos de atención primaria involucrados. La ausencia de estándares de datos sólidos sugiere que estos estándares no fueron cruciales para lograr la participación. El nivel constante de desempeño puede significar que la medición aún no ha llevado a una mejora o que las medidas utilizadas pueden no reflejar con precisión la mejora. Los datos refuerzan la necesidad de considerar las diferencias entre los entornos rurales y urbanos. También sugieren que se necesita más análisis para identificar las características que los equipos pueden cambiar para mejorar la calidad de la atención que experimentan sus pacientes. El estudio describe un enfoque práctico y sostenible del mundo real para la medición del desempeño en la atención primaria que fue atractivo para los equipos interdisciplinarios.

La atención primaria de salud (APS) ha sido reconocida como un componente central de los sistemas de salud efectivos desde principios del siglo XX. Sin embargo, a pesar del notable progreso, sigue existiendo una gran brecha entre lo que necesitan las personas y las comunidades y la calidad y eficacia de la atención brindada. La Iniciativa de Desempeño de la Atención Primaria de Salud (PHCPI, por sus siglas en inglés) fue establecida por un consorcio internacional para catalizar mejoras en la prestación y los resultados de la APS en países de bajos y medianos ingresos a través de una mejor medición y el intercambio de modelos y prácticas eficaces. PHCPI ha desarrollado un marco para ilustrar la relación entre el financiamiento clave, la fuerza laboral y los insumos de suministro, y las funciones básicas de atención primaria de salud de accesibilidad de primer contacto, integralidad, coordinación, continuidad y atención centrada en la persona. El marco proporciona orientación para una evaluación más eficaz de las fortalezas y brechas actuales en la prestación de APS a través de un conjunto básico de 25 indicadores clave ("Signos Vitales"). Las mejores prácticas emergentes que fomentan el desarrollo de sistemas de APS de alto rendimiento se están codificando y compartiendo en países de ingresos bajos y altos. Estos enfoques de medición y mejora brindan a los países y a los implementadores herramientas para evaluar el estado actual de su sistema de prestación de APS e identificar dónde el aprendizaje entre países puede acelerar las mejoras en la calidad y eficacia de la APS.

Antecedentes: a nivel mundial, los sistemas y las organizaciones de atención de la salud buscan mejorar el desempeño del sistema de salud mediante la implementación de un modelo de atención centrada en la persona (PCC). Si bien existen numerosos marcos conceptuales para PCC, sigue existiendo una brecha en la orientación práctica sobre la implementación de PCC.

Métodos: Basado en una revisión narrativa de la literatura de PCC, se desarrolló un marco conceptual genérico en colaboración con un socio paciente, que sintetiza evidencia, recomendaciones y mejores prácticas de marcos existentes y estudios de casos de implementación. El modelo de Donabedian para la mejora de la atención médica se utilizó para clasificar los dominios del PCC en las categorías de "Estructura", "Proceso" y "Resultado" para la mejora de la calidad de la atención médica.

Discusión: El marco hace hincapié en el dominio estructural, que se relaciona con el sistema de atención de la salud o el contexto en el que se brinda la atención, lo que proporciona la base para la PCC e influye en los procesos y resultados de la atención. Los dominios estructurales identificados incluyen: la creación de una cultura PCC a lo largo de la continuidad de la atención; co-diseñar programas educativos, así como programas de prevención y promoción de la salud con los pacientes; proporcionar un entorno de apoyo y complaciente; y desarrollar e integrar estructuras para apoyar la tecnología de información de salud y para medir y monitorear el desempeño de PCC. Los dominios de proceso describen la importancia de cultivar la comunicación y el cuidado respetuoso y compasivo; involucrar a los pacientes en la gestión de su atención; e integración de la atención. Los dominios de resultados identificados incluyen:

Conclusión: este marco conceptual proporciona una hoja de ruta paso a paso para guiar a los sistemas y organizaciones de atención de la salud en la provisión de ACP en varios sectores de la atención de la salud.

Puntos de política:

Fortalecer la rendición de cuentas a través de una mejor medición y presentación de informes es vital para garantizar el progreso en la mejora de los sistemas de atención primaria de salud (APS) de calidad y lograr la cobertura universal de salud (UHC).

La Iniciativa de Desempeño de la Atención Primaria de la Salud (PHCPI, por sus siglas en inglés) brinda a los tomadores de decisiones nacionales y a las partes interesadas globales oportunidades para comparar y acelerar la mejora del desempeño a través de una mejor medición del desempeño.

Los resultados de las evaluaciones iniciales del desempeño de la APS en los países de ingresos bajos y medianos (LMIC, por sus siglas en inglés) están ayudando a guiar las reformas e inversiones de la APS y a mejorar los instrumentos e indicadores del PHCPI. Los hallazgos de futuras actividades de evaluación ampliarán aún más las comparaciones entre países y el aprendizaje entre pares para mejorar la APS.

Se necesitan nuevos indicadores y fuentes de datos para comprender mejor el desempeño del sistema de APS en los LMIC.

Contexto : La Iniciativa de Desempeño de la Atención Primaria de la Salud (PHCPI), una colaboración entre la Fundación Bill y Melinda Gates, el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, en asociación con Ariadne Labs y Results for Development, se lanzó en 2015 con el objetivo de catalizar mejoras. en los sistemas de atención primaria de la salud (APS) en 135 países de bajos y medianos ingresos (LMIC), a fin de acelerar el progreso hacia la cobertura universal de salud. A través de una medición más integral y procesable de la APS de calidad, el PHCPI estimula el aprendizaje entre pares entre los LMIC e informa a los tomadores de decisiones para guiar las inversiones y reformas de la APS. Se están desarrollando instrumentos para la evaluación y mejora del desempeño; hasta la fecha, se han publicado un marco conceptual y 2 conjuntos de indicadores de desempeño.

Métodos: El equipo de PHCPI desarrolló el marco conceptual a través de revisiones de literatura y consultas con un comité asesor de expertos internacionales. Generamos 2 conjuntos de indicadores de desempeño seleccionados de una revisión de la literatura de indicadores relevantes, con referencias cruzadas con indicadores disponibles de fuentes internacionales, y evaluados a través de 2 procesos Delphi modificados separados, que consisten en encuestas en línea y discusiones facilitadas en persona con expertos.

Recomendaciones: El marco conceptual de PHCPI se basa en la comprensión actual del desempeño del sistema de APS a través de un mayor énfasis en el papel de la prestación de servicios. El primer conjunto de indicadores de desempeño, 36 Signos Vitales, facilita las comparaciones entre países y a lo largo del tiempo. El segundo conjunto, 56 indicadores de diagnóstico, aclara los impulsores subyacentes del rendimiento. Los principales desafíos incluyen la falta de datos disponibles para varios indicadores y la falta de indicadores validados para dimensiones importantes de la APS de calidad.

Conclusiones: La disponibilidad de datos es fundamental para evaluar el desempeño de la APS, en particular la experiencia del paciente y la calidad de la atención. El PHCPI continuará desarrollando y probando instrumentos adicionales de evaluación del desempeño, incluidos índices compuestos y paneles nacionales de desempeño. A través de la participación de los países, el PHCPI perfeccionará aún más sus instrumentos y colaborará con los gobiernos para diseñar y financiar mejor las reformas de la atención primaria de la salud.

Este estudio tuvo como objetivo investigar la percepción de los equipos de salud pertenecientes a los Centros de Salud de la Familia (CESFAM) que están acreditados, sobre el proceso de implantación y la consecución de la acreditación. Se aplicó un enfoque cualitativo, con aportes de la teoría fundamentada, mediante la técnica de entrevistas individuales en profundidad y grupos focales. Las entrevistas se realizaron en nueve CESFAM acreditados. Para la presentación, organización y análisis de los datos se utilizó el software Atlas.ti V9. De los resultados, derivados de la fase abierta del análisis, obtenidos a partir de las opiniones de los participantes, surgieron un total de 26 categorías relativas a los factores facilitadores y obstaculizadores del proceso. A partir de la fase axial, fue posible establecer categorías centrales que se relacionaron con las políticas de gestión de la calidad, la estructura de la Atención Primaria de Salud (APS), la participación y co-construcción, y el liderazgo y la gestión del cambio. En conclusión, el discurso de los equipos revela la necesidad de contar con condiciones necesarias para el proceso de acreditación, las cuales se relacionan principalmente con la formación, características de los tipos de liderazgo y trabajo en equipo en armonía con el proceso. Finalmente, el estudio revela un vacío en la participación comunitaria en este proceso, lo que sugiere continuar con esta línea de investigación.

Más información sobre este texto de origenPara obtener más información sobre la traducción, se necesita el texto de origen

Enviar comentarios

Paneles laterales

Fondo: Ampliar la cobertura de los servicios de atención primaria de la salud, como la atención prenatal y las vacunas, es una prioridad de salud mundial; sin embargo, muchos haitianos no utilizan estos servicios. Una razón puede ser que la población evita los establecimientos de salud de baja calidad. Examinamos cómo la infraestructura de las instalaciones y la calidad de la prestación de servicios de atención primaria de la salud se asociaron con la utilización comunitaria de los servicios de atención primaria de la salud en Haití.

Métodos: Construimos dos medidas compuestas de calidad para todas las instalaciones haitianas utilizando la encuesta de Evaluación de la prestación de servicios de 2013. Vinculamos geográficamente grupos de población de las Encuestas Demográficas y de Salud a establecimientos cercanos que ofrecen servicios de atención primaria de salud. Evaluamos la asociación transversal entre la calidad y la utilización de cuatro servicios de atención primaria: atención prenatal, atención posnatal, vacunas y atención de niños enfermos, así como un servicio más complejo: el parto en establecimientos.

Resultados: Las instalaciones tuvieron un desempeño deficiente en ambas medidas de calidad, con una puntuación de 0,55 y 0,58 sobre 1 en infraestructura y calidad de prestación de servicios, respectivamente. En áreas rurales, la utilización de varios servicios de atención primaria (atención prenatal, atención posnatal y vacunación) se asoció con la infraestructura y la calidad de la prestación de servicios, con asociaciones más sólidas para la prestación de servicios. La prestación de servicios se asoció con la calidad de la infraestructura y no hubo asociación para el cuidado de niños enfermos. En las áreas urbanas, la utilización de la atención no se asoció con ninguna de las medidas de calidad.

Conclusiones: La mala calidad de la atención puede impedir la utilización de servicios de atención primaria de salud beneficiosos en las zonas rurales de Haití. Mejorar la calidad de los servicios de salud puede ofrecer una oportunidad no solo para mejorar los resultados de salud de los pacientes, sino también para ampliar la cobertura de servicios clave de atención primaria de la salud.

Las intervenciones para mejorar la atención centrada en el paciente para personas con multimorbilidad están en constante crecimiento. Hasta la fecha, el énfasis se ha puesto en dos tipos separados de intervenciones, aquellas basadas en un enfoque de atención centrada en el paciente con personas con enfermedades crónicas y las otras creadas específicamente para personas con multimorbilidad. Su eficacia en atención primaria de salud está bien documentada. Actualmente, ninguna de estas intervenciones ha sintetizado un enfoque de atención centrado en el paciente para la atención de la multimorbilidad. El objetivo de este proyecto es determinar los elementos particulares de las intervenciones centradas en el paciente y las intervenciones para personas con multimorbilidad que se asocian con resultados positivos relacionados con la salud de los pacientes.

Método: Se llevó a cabo una revisión de alcance ya que el método respalda el mapeo rápido de los conceptos clave que sustentan un área de investigación y las principales fuentes y tipos de evidencia disponibles. Se adoptó un enfoque de cinco etapas: (1) identificación de la pregunta de investigación; (2) identificar estudios relevantes; (3) selección de estudios; (4) graficar los datos; y (5) cotejar, resumir y reportar los resultados. Se buscaron intervenciones para personas con multimorbilidad o atención centrada en el paciente en la atención primaria. Se identificaron estudios relevantes en cuatro revisiones sistemáticas (Smith et al. (2012;2016), De Bruin et al. (2012) y Dwamena et al. (2012)). Se realizó un análisis inductivo.

Resultados: Se revisaron y analizaron cuatro revisiones sistemáticas y 98 estudios originales. Los elementos de las intervenciones pueden agruparse en tres tipos principales y agruparse en siete categorías de intervenciones: 1) Proceso de decisión de apoyo y práctica basada en evidencia; 2) proporcionar enfoques centrados en el paciente; 3) Apoyar la autogestión del paciente; 4) Proporcionar gestión de casos/cuidados; 5) Mejorar el enfoque del equipo interdisciplinario; 6) Desarrollar capacitación para proveedores de atención médica; y 7) Integración de la tecnología de la información. Proporcionar enfoques orientados al paciente, intervenciones de apoyo a la autogestión y desarrollar capacitación para los proveedores de atención médica fueron las categorías más frecuentes de intervenciones con el potencial de tener un impacto positivo para los pacientes con enfermedades crónicas.

Conclusión: Esta revisión de alcance proporciona evidencia para la adaptación de intervenciones centradas en el paciente para pacientes con multimorbilidad. Los hallazgos de esta revisión de alcance informarán el desarrollo de un conjunto de herramientas para ayudar a los programas de prevención y manejo de enfermedades crónicas a reorientar la atención al paciente.

Métodos: Realizamos un estudio observacional transversal en 12 centros de APS en 6 gobernaciones de Omán durante el período de junio de 2017 a junio de 2018. Datos secundarios de los registros médicos computarizados de los centros de APS sobre seis indicadores clave, accesibilidad, carga de trabajo, resultados, puntualidad Se analizaron la salud, la satisfacción y la seguridad para evaluar el desempeño del servicio de APS e identificar los desafíos enfrentados y proponer pasos para mejorar aún más el servicio.

Resultados: Las puntuaciones medias generales de los KPI en los diez centros de atención primaria de la salud fueron 174,5 (DE: 9,80) o 67,01 %. Las puntuaciones globales se distribuyeron normalmente con una mediana de 175 (IQR: 171-181). La puntuación porcentual más baja la obtuvo Al Qabil (61,35 %), siendo la puntuación más alta Wadi Kabir (70,54 %). La puntuación media en todos los KPI fue de 3,84 (SD:0,94) con una mediana de puntuación de 3,9 (IQR: 3,43-4,5). De los seis componentes de KPI, la seguridad (4,85), la satisfacción (4,67), la puntualidad (4,44) y la accesibilidad (4,31) obtuvieron las puntuaciones de rendimiento más altas, mientras que la carga de trabajo (4,15) y los resultados (3,75) quedaron rezagados.

Conclusiones: El desempeño en los KPI exhibió una variación considerable entre las instalaciones, con una carga de trabajo y un resultado más bajos que otros componentes. Los hallazgos de este estudio ofrecieron una medida de las fortalezas internas que deben sostenerse, los desafíos que requieren iniciativas de mejora de la calidad y los factores externos, como los determinantes sociales que afectan el desempeño general de la APS.

La evidencia del impacto de los informes públicos sobre el desempeño de la atención médica en la mejora de la calidad aún no es suficiente para sacar conclusiones definitivas, a pesar de las importantes implicaciones políticas. Este estudio exploró la asociación de informes públicos de indicadores de desempeño de centros de atención a largo plazo en Canadá con tendencias de desempeño. Consideramos 16 indicadores de desempeño en atención a largo plazo en Canadá, 8 de los cuales se informan públicamente a nivel de establecimiento, mientras que los otros 8 no se informan públicamente, entre los años fiscales 2011-2012 y 2018-2019. Se incluyeron datos de 1087 centros de atención a largo plazo. Se observaron tendencias de mejora entre los indicadores informados públicamente con más frecuencia que entre los indicadores que no fueron informados públicamente. Nuestro análisis también sugiere que la asociación entre la publicación de datos y la mejora es más fuerte entre los indicadores para los que no hubo mejora antes de la publicación y entre las instalaciones con peor desempeño

Antecedentes: la Cobertura Universal de Salud (UHC) es un elemento central para garantizar una vida saludable, lo que marca el tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible. Requiere brindar servicios de atención primaria de salud (APS) de calidad. La evaluación de la calidad de la atención considerando una amplia variedad de contextos es un desafío. Este estudio enumera indicadores prácticos para mejorar la calidad de la APS.

Objetivos: Demostrar indicadores de calidad para la APS que sean factibles, integrales y adaptables a una amplia gama de sistemas de salud y entornos de recursos.

Métodos: Se aplicó el marco de investigación: Exploración, Preparación, Implementación y Sustentabilidad. La exploración incluyó una revisión de alcance para identificar indicadores de calidad. La preparación incluyó un eDelphi para refinar la lista de indicadores primarios. Un panel de 27 expertos revisó la lista que luego se puso a prueba en las instalaciones de PHC. Los resultados se presentaron a otras dos consultas de expertos, para refinar los indicadores y planificar pruebas más amplias. La implementación incluyó probar los indicadores a través de un proceso de cinco pasos en 40 instalaciones. Una consulta regional en mayo de 2016 discutió los resultados de las pruebas.

Resultados: Los esfuerzos iniciales identificaron 83 indicadores de calidad a nivel de APS que luego se refinaron a una lista de 34 indicadores que cubren los seis dominios de calidad. También se desarrolló un conjunto de herramientas para probar la viabilidad de la medición de cada indicador, la disponibilidad de datos, los desafíos y las brechas. Las pruebas piloto proporcionaron información sobre cómo modificar y agregar algunos indicadores. Se encontró una amplia variabilidad dentro y entre los establecimientos, y el inicio oportuno de la atención prenatal, por ejemplo, osciló entre el 31 % y el 90 % en Omán y entre el 11 % y el 98 % en Túnez. Los indicadores fueron altamente factibles y 29 de 34 se midieron en el 75% de las instalaciones o más. Si bien los desafíos incluyeron brechas en la capacidad de recopilación de datos, la herramienta mostró una gran adaptabilidad al contexto local y fue adoptada por países de la Región del Mediterráneo Oriental (REM), incluidos Libia, Omán, Irán, Pakistán, Sudán y Palestina. Las partes interesadas coincidieron en la alta relevancia y aplicabilidad de los indicadores propuestos que se han utilizado para informar la mejora.

Conclusión: Un grupo diverso de países desarrolló y adoptó un conjunto interregional de 34 indicadores de calidad de la APS en el EMR. El conjunto de herramientas mostró una alta viabilidad en las pruebas piloto, lo que refleja la practicidad necesaria para fomentar la adopción y la sostenibilidad locales. Los indicadores básicos de calidad son altamente adaptables a diferentes contextos locales y regionales, independientemente de la fortaleza actual de la APS o los recursos disponibles. Se necesita una evaluación continua y el intercambio de lecciones de implementación y uso para determinar la efectividad de los indicadores para impulsar mejoras en la APS y para refinar y fortalecer la evidencia que respalda el conjunto de indicadores para una adopción más amplia.

El desempeño de los médicos generales (GP) se evalúa con frecuencia sin considerar los factores que causan la variabilidad entre las prácticas médicas generales (GMP). Nuestro estudio transversal de base nacional se realizó en Hungría para evaluar la influencia de las características de GMP en los indicadores de desempeño. La relación entre las características del paciente (edad, sexo, educación) y los parámetros específicos de GMP (tamaño de la práctica, vacante del puesto de médico de cabecera, tipo de asentamiento y condado de GMP) y la calidad de la atención se evaluó mediante modelos de regresión logística multinivel. las variaciones atribuibles a los médicos fueron pequeños (del 0,77% al 17,95%). La educación de los pacientes se asoció con 10 indicadores de desempeño. Practicar en un asentamiento urbano aumentó principalmente la calidad de la atención para los indicadores de desempeño relacionados con la atención de la hipertensión y la diabetes, mientras que el condado fue identificado como uno de los principales determinantes de la variabilidad entre el desempeño de los médicos de cabecera. Sólo unos pocos indicadores fueron afectados por la vacante y el tamaño de la práctica. Por lo tanto, la variabilidad observada en el desempeño entre los médicos de cabecera surgió parcialmente de las características demográficas y la educación de los pacientes, el tipo de asentamiento y la ubicación regional de los GMP. Considerar el efecto real de estos factores en la evaluación reflejaría mejor el desempeño personal de los médicos de cabecera.

Métodos: Usando los motores de búsqueda PubMed y Web of Science, se llevó a cabo una revisión de alcance de la literatura gris y revisada por pares siguiendo las pautas PRISMA-ScR para identificar documentos que describen los procesos de selección de indicadores utilizados por los sistemas de salud. Se incluyeron artículos en inglés de 11 países publicados entre 2010 y 2020. Los documentos se analizaron temáticamente para desarrollar un marco de proceso estandarizado.

Resultados: La revisión incluyó 33 artículos revisados por pares y 11 documentos de literatura gris. Si bien existen prácticas comunes utilizadas en el cuidado de la salud para seleccionar indicadores, no existe un marco de proceso estandarizado único para la selección de indicadores. Los procesos de selección de indicadores arbitrarios o incompletos corren el riesgo de sobremedir, falta de alineación con los objetivos estratégicos y operativos, falta de apoyo por parte de los usuarios finales y capacidad de toma de decisiones paralizada. Al consolidar las prácticas internacionales, desarrollamos el marco del proceso de selección de indicadores 5-P para mitigar los riesgos del proceso y respaldar los procesos de selección de indicadores de alta calidad.

Conclusión: El marco del proceso de selección de indicadores 5-P consta de cinco dominios y 17 elementos, y ofrece a las agencias de atención médica una estructura práctica que pueden usar para diseñar procesos de selección de indicadores. El marco también proporciona a los investigadores una base mediante la cual se puede evaluar la implementación de estos procesos.

La violencia contra los médicos, de la que se informa con frecuencia en los periódicos, ha aumentado de forma intimidante en todo el mundo, incluida la India. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trabajadores de la salud sufren violencia física entre el 8 % y el 38 % en algún momento de sus carreras.[ 1 ] El informe de la Asociación Médica India (2015) dice que más del 75 % de los médicos han tenido enfrentaron violencia en el trabajo.[ 2 ] A pesar de varias leyes y medidas de seguridad, los continuos ataques a los médicos representan una gran amenaza para el sistema de atención médica de la comunidad y aún no se denuncian. Dado que los medios ayudan a moldear la comprensión del público en general sobre un tema determinado, se realizó un análisis de contenido descriptivo de las noticias sobre violencia física contra el médico.

PROPÓSITO La continuidad de la atención es fundamental para la relación médico/paciente; sin embargo, se ha hecho poco para operacionalizar la continuidad de la atención (CoC) como una medida de calidad clínica. La Junta Estadounidense de Medicina Familiar desarrolló la medida de calidad clínica CoC de atención primaria como parte de la iniciativa Medidas que importan para la atención primaria.

MÉTODOS Usando datos de reclamos de Optum Clinformatics Data Mart de 12 meses, calculamos el Índice de Continuidad de Atención de Bice-Boxerman para cada paciente, que acumulamos para crear un puntaje de CoC agregado a nivel médico. La puntuación de calidad del médico es el porcentaje de pacientes con un índice de Bice-Boxerman  $\geq 0,7$  (70%). Probamos la validez de 2 maneras. Primero, exploramos la validez de usar 0.7 como umbral para el CoC del paciente dentro de la base de datos de reclamos de Optum para validar su uso para reflejar la continuidad a nivel del paciente. En segundo lugar, exploramos la validez de la medida de CdC del médico examinando su asociación con los resultados de los pacientes. Evaluamos la confiabilidad utilizando la metodología de señal a ruido.

RESULTADOS El desempeño medio de la medida fue de 27,6%; el desempeño varió de 0% a 100% (n = 555,213 médicos de atención primaria). Los niveles más altos de CoC se asociaron con niveles más bajos de utilización de la atención. La medida indicó niveles aceptables de validez y confiabilidad.

CONCLUSIONES La continuidad se asocia con resultados de salud y costos deseables, así como con la preferencia del paciente. La medida de calidad clínica CoC cumple con los requisitos de validez y confiabilidad para la implementación en el pago y la responsabilidad de la atención primaria. La continuidad de la atención es importante y complementaria al acceso a la atención, y priorizar esta medida podría ayudar a cambiar el comportamiento de los médicos y del sistema de salud para apoyar la continuidad.

Fondo: El propósito de este artículo es ilustrar la aplicación de una metodología estructurada de medición del desempeño basada en la evidencia para identificar, priorizar y (cuando corresponda) generar nuevas medidas de la calidad de la atención médica, utilizando la atención primaria como ejemplo de caso. La atención médica primaria es fundamental para el sistema de atención médica y la salud del público estadounidense; por lo tanto, garantizar una alta calidad es esencial. Debido a su complejidad, garantizar una atención primaria de alta calidad requiere marcos de medición que puedan evaluar la calidad de la infraestructura, las configuraciones de la fuerza laboral y los procesos disponibles. Este documento describe el uso del Sistema de Medición y Mejora de la Productividad (ProMES) para compilar un conjunto específico de tales medidas, priorizadas según su contribución y valor para la atención primaria.

Métodos: Adaptamos ProMES para seleccionar y clasificar las medidas de atención primaria existentes según el valor para la clínica de atención primaria. Nueve expertos en la materia (PYME), compuestos por médicos, líderes hospitalarios y legisladores nacionales, participaron en sesiones facilitadas de obtención de expertos para identificar los objetivos de desempeño, las medidas correspondientes y las clasificaciones de prioridad.

Resultados: Las PYMES identificaron tres objetivos fundamentales: acceso, alianzas paciente-equipo de salud y calidad técnica. Las PYME también seleccionaron dieciséis indicadores de desempeño de las 44 medidas previamente examinadas y actualmente existentes de tres fuentes de datos diferentes para la atención primaria. Se seleccionó un indicador, la tasa de contacto del equipo 2 días después del alta, como indicador tanto de las asociaciones del equipo como de la calidad técnica. Los indicadores fueron priorizados de acuerdo al valor utilizando las funciones de contingencia desarrolladas por las PYMES.

Conclusión: nuestro artículo proporciona una guía práctica para aplicar ProMES, que se puede adaptar a las necesidades de varias industrias, incluida la selección y modificación de medidas a partir de fuentes de datos existentes, y la propuesta de nuevas medidas. El trabajo futuro debe abordar tanto las consideraciones logísticas (p. ej., captura de datos, datos comunes/lenguaje de programación) como los desafíos de medición persistentes, como la operacionalización de las medidas para que sean significativas e interpretables en los entornos de atención médica.

Introducción : Las tasas de mortalidad infantil a nivel mundial son indicadores de la calidad de vida y salud de un país, ya que este público presenta vulnerabilidades y necesidades especiales, asociadas a las condiciones sociales y económicas con que cuenta la población. Por lo tanto, es de suma importancia analizar la mortalidad infantil en Brasil y regiones. Objetivo : Evaluar la distribución espacial del coeficiente de mortalidad en niños de uno a cinco años en Brasil y sus indicadores sociosanitarios. Metodología: Se trata de un estudio ecológico de tendencias temporales y correlación espacial realizado en Brasil, con una población de niños de 1 a 5 años, utilizando información del Sistema de Información de Mortalidad (SIM/DATASUS). Para el análisis se utilizaron los programas Microsoft Excel y Statistical Package for the Social Sciences . Se utilizó TerraView para realizar la distribución de la tasa de mortalidad y la dependencia espacial se midió mediante el coeficiente de autocorrelación global de Moran . Resultados: El coeficiente de mortalidad infantil promedio, de niños entre uno y menos de cinco años, mostró un perfil decreciente en el período 2008-2015. En 2016, sin embargo, se observó un aumento sustancial de las muertes en niños del grupo de edad estudiado. Las regiones Norte y Nordeste de Brasil tuvieron las tasas de mortalidad más altas, mientras que los estados del Sur y Sudeste tuvieron menos muertes de niños entre uno y menos de cinco años. Conclusiones: A pesar de la caída de las tasas de mortalidad infantil a lo largo de los años, aún queda un largo camino por recorrer en relación a la disminución de casos, especialmente en las regiones Norte y Nordeste de Brasil. A pesar de los pactos creados por el gobierno y la ampliación de los servicios de salud, en particular de la atención primaria, las altas cifras de muertes en este grupo de edad pueden estar relacionadas con la disminución de las coberturas de vacunación, así como con el elevado número de factores externos.

Restricted access

Los factores de riesgo para el desarrollo infantil pueden causar cambios en la comunicación , como el lenguaje y el habla , funciones auditivas y estomatognáticas. El programa Bebé Precioso, inserto en la atención primaria de la ciudad de Joinville, Santa Catarina, tiene como objetivo acompañar a los recién nacidos (RN) y niños de 0 a 24 meses, dados de alta de la Unidad Neonatal, con antecedentes de factores de riesgo para cambios en el global desarrollo \_

Meta: Identificar los principales factores de riesgo para el desarrollo infantil y relacionados con la logopedia , de los recién nacidos y lactantes atendidos por este programa de atención primaria de salud .

Método: Estudio descriptivo retrospectivo , con análisis cuantitativo de datos de prontuarios de RN y lactantes atendidos en el programa de marzo de 2019 a marzo de 2020.

Resultados: La muestra del estudio estuvo compuesta por 58 RN y lactantes . Los factores de riesgo más frecuentes fueron prematuridad (77,5%), bajo peso al nacer (72,5%), trastornos respiratorios (50%), asfixia perinatal (19%), hiperbilirrubinemia (13,8%), infección grave (12%), malformaciones congénitas y síndromes genéticos (5,2%) y trastornos neurológicos (5%) . El 53,5% de los RN fueron asistidos por estudiantes de logopedia . De estos, el 61,3% presentaba trastornos del habla y el lenguaje, el 42,1% en la motricidad orofacial, el 42,1% auditiva y el 15,8% en el desarrollo .del lenguaje \_

Conclusión: Los participantes del presente estudio presentaron factores de riesgo para trastornos del habla y lenguaje , motricidad orofacial y habilidades auditivas. Se enfatiza la importancia del logopeda en los programas de seguimiento.

La estrategia de Atención Primaria Social ha sido valorada por la Organización Panamericana de la Salud como una experiencia exitosa. Objetivo: analizar la experiencia de Atención Primaria Social en el Departamento de Caldas, Colombia. Métodos: estudio de sistematización de experiencias; las unidades de análisis y de trabajo fueron documentos municipales y departamentales, información del Observatorio Social de Caldas y relatos de diferentes actores. Técnicas: 71 entrevistas a profundidad a informantes claves, 27 grupos focales, 11 diarios de campo y revisión documental; la información fue recolectada en 6 fases y luego analizada en el software ATLAS.ti 8.0. Resultados: la estrategia tuvo un recorrido histórico bajo lineamientos nacionales e internacionales desde los años 80 hasta la actualidad, fue modificada en 2013 al articular actores y sectores -público-privados- para convertirla en "Atención Primaria Social". El modelo operativo se cimienta en la transectorialidad y educación interdisciplinar; bienestar y salud familiar y participación social y comunitaria, cuyo eje central son los actores, familias y comunidades. Se destacan actividades como: caracterización familiar, intervenciones a familias priorizadas y unidades de análisis para apoyo, monitoreo y seguimiento. Conclusiones: han participado diferentes actores en la comprensión de la mirada y el abordaje de la salud desde lo "social"; un actor relevante ha sido la comunidad acompañada de sus líderes y la academia. La voluntad política del gobierno nacional, departamental y municipal es relevante para el éxito de la estrategia. Los indicadores en salud han sido impactados por el avance en la implementación de la estrategia de Atención Primaria Social.

Antecedentes: En los últimos años se han desarrollado diferentes herramientas para facilitar el análisis de los determinantes sociales de la salud (DSS) y aplicarlos a la política sanitaria. La posibilidad de generar modelos predictivos de resultados de salud que combinen una amplia gama de indicadores socioeconómicos con problemas de salud es un enfoque que está recibiendo una atención creciente. Nuestros objetivos son dos: (1) predecir los resultados de salud de la población medidos como morbilidad hospitalaria, tomando como predictores la morbilidad de atención primaria (AP) ajustada por SDH; y (2) analizar la variabilidad geográfica del impacto de la morbilidad de CP ajustada por SDH en la morbilidad hospitalaria, mediante la combinación de datos provenientes de la historia clínica electrónica y operaciones seleccionadas del Instituto Nacional de Estadística/ INE .Métodos: Se realizará: un estudio cualitativo para seleccionar indicadores socio-sanitarios utilizando la metodología RAND de acuerdo con los marcos SDH, con base en los indicadores publicados por el INE en las operaciones seleccionadas; y un estudio cuantitativo que combina dos grandes bases de datos extraídas de diferentes Comunidades Autónomas (AR) de España para poder conocer la morbilidad hospitalaria, la historia clínica electrónica de PC y el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) de altas hospitalarias. Estos estarán vinculados a indicadores socioeconómicos, previamente seleccionados por unidad geográfica. La variable resultado será la morbilidad hospitalaria y las variables independientes la edad, el sexo, la morbilidad de CP, la unidad geográfica y los indicadores socioeconómicos.

Análisis: Para lograr el primer objetivo se utilizarán modelos predictivos, con técnica de prueba y entrenamiento, ajustando modelos de regresión logística múltiple. En el análisis de la variabilidad geográfica se utilizarán modelos mixtos penalizados, considerándose las unidades geográficas como efectos aleatorios y los predictores independientes como efectos fijos.

Discusión: Este estudio busca mostrar la relación entre los SDH y la salud de la población, y las diferencias geográficas determinadas por tales determinantes. Las principales limitaciones las plantea la recogida de datos para la atención sanitaria frente a la investigación, y el tiempo transcurrido entre la recogida y la publicación de los datos, los errores de muestreo y la falta de datos en los registros y encuestas. La principal fortaleza radica en el carácter multidisciplinario del proyecto (medicina familiar, pediatría, salud pública, enfermería, psicología, ingeniería, geografía).

La Atención Primaria de Salud (APS) forma parte central de la estrategia de salud pública del Estado chileno para el cuidado de la población. En la APS existen múltiples indicadores para medir las acciones sanitarias, tales como las metas sanitarias (MS) y el índice de actividad de la atención primaria de salud (IAAPS). El presente artículo busca reflexionar, desde una perspectiva foucaultiana y a partir de un análisis de las MS y el IAAPS, es posible pensar la APS como un dispositivo de biopoder al interior de la salud pública chilena. Para ello, la investigación está dividida en tres partes. En primer lugar, se exponen los elementos centrales que componen las MS y el IAAPS; en segundo lugar, se desarrollan los conceptos de biopoder y dispositivo, presentes en el pensamiento foucaultiano; y, en la tercera sección, se realiza un análisis de las MS y el IAAPS a partir de las claves interpretativas trabajadas en la segunda sección. Finalmente, el curso de los argumentos lleva a sostener que las MS y el IAAPS son mecanismos centrales de biopoder presentes al interior de lo que se propone denominar dispositivo de atención primaria, cuyo objetivo es, por un lado, intervenir los cuerpos y, por otro, separar y priorizar ciertos grupos de la población y desplazar a otros.

Fondo: Los médicos generales son los principales proveedores de servicios de atención primaria. Para fortalecer mejor el importante papel de los médicos generales en los servicios de atención primaria de la salud, China está promoviendo el sistema de consultorios de médicos generales. Hay una falta de métodos bien aceptados para medir el desempeño de los consultorios de médicos generales en China. Por lo tanto, nuestro objetivo es desarrollar un sistema de medición del desempeño sistemático y operable para evaluar la oficina del médico general. Métodos: Establecemos un conjunto de índices del sistema de medición del desempeño de los consultorios de médicos generales mediante un estudio transversal y el método de investigación bibliográfica y adoptamos el método de grupo focal para establecer el sistema preliminar. Luego se utiliza el método Delphi para realizar tres rondas de consulta para modificar los índices, cuyo objetivo es formar el sistema de indicadores final. Determinamos el peso de cada índice por el método de proceso de jerarquía analítica, que junto con el sistema de indicadores final constituye el sistema de medición de desempeño final. Finalmente, seleccionamos tres oficinas de tres ciudades diferentes en la provincia de Sichuan, China, como oficinas de caso para realizar el estudio de caso, con el objetivo de evaluar su credibilidad. Resultados: Nuestros resultados muestran que la primera oficina obtuvo 958,5 puntos, la segunda obtuvo 768,1 puntos y la tercera obtuvo 947,7 puntos, lo que corresponde a la realidad de estas tres oficinas, lo que significa que el sistema de medición del desempeño es eficaz y maniobrable. Conclusiones: Nuestro estudio brinda apoyo para estandarizar las funciones del consultorio del médico general de China, mejorar la calidad del servicio de salud de los generalistas y proporcionar una base teórica para la estandarización del consultorio del médico general.

Fondo: Entre 2019 y 2021, se desarrolló el primer marco de evaluación del desempeño del sistema de salud irlandés (HSPA). Dado que los datos de salud recopilados de forma rutinaria son necesarios para completar continuamente los indicadores de un marco HSPA, se llevó a cabo una evaluación orientada al propósito del sistema de información de salud (HIS) en Irlanda y su idoneidad para respaldar la implementación de un marco HSPA. Este estudio informa sobre el estado del SIS irlandés a través de una evaluación de múltiples métodos basada en la participación amplia y continua de las partes interesadas. Métodos: Entre mayo y noviembre de 2020, más de 50 informantes participaron en entrevistas individuales y grupales y talleres de consulta con las partes interesadas como parte del proceso de evaluación de SIS. Los temas descriptivos y los mapas de calor de disponibilidad de datos de alto nivel se derivaron de datos de entrevistas y talleres utilizando análisis temáticos. Los "pasaportes" de indicadores para el marco de la HSPA se completaron durante los talleres de consulta con las partes interesadas y se analizaron utilizando estadísticas descriptivas univariadas. Resultados: El HIS en Irlanda pudo proporcionar datos administrativos, basados en encuestas y registros para los servicios de atención aguda del sector público, centrándose en la estructura, el proceso y las métricas de salida. Se informaron brechas significativas en la disponibilidad de datos, sobre todo de atención primaria, hospitales privados y atención comunitaria, con poca disponibilidad de registros de salud electrónicos y datos informados por personas. La mayoría de los datos sobre las métricas de resultados faltaban, al igual que las posibilidades de vinculación entre conjuntos de datos para el seguimiento de la vía de atención. La pandemia de COVID-19 puso de relieve las deficiencias de los SIS nacionales, pero también la capacidad para un rápido desarrollo y mejora. Conclusiones: Una evaluación hecha a la medida del HIS en Irlanda, que involucró a un amplio conjunto de partes interesadas relevantes, reveló fortalezas, debilidades y áreas de mejora en el panorama de datos de salud de Irlanda. También contribuyó al desarrollo de un marco nacional de HSPA y al impulso para fortalecer aún más la infraestructura y la gobernanza de datos, mientras se trabaja hacia un sistema de atención médica más centrado en la persona y basado en datos. Este trabajo demuestra la utilidad de un proceso de evaluación de SIS inclusivo y es aplicable más allá de Irlanda, donde se llevó a cabo este estudio de caso.

Importancia: estudios anteriores han encontrado una asociación mixta entre la designación de hogar médico centrado en el paciente (PCMH) y las mejoras en los indicadores de calidad de la atención primaria, incluidos los encuentros evitables en el departamento de emergencias pediátricas (ED). Se desconoce si estas asociaciones persisten después de tener en cuenta las ubicaciones geográficas de los proveedores en relación con el lugar donde residen los pacientes. Objetivo: Examinar la asociación entre la proximidad geográfica a los proveedores de atención primaria versus los hospitales y el riesgo de visitas evitables y potencialmente evitables al servicio de urgencias entre niños con diagnóstico preexistente de trastorno por déficit de atención/hiperactividad o asma. Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo de un panel de datos de reclamos pediátricos de Medicaid de Carolina del Sur de 2016 a 2018 para 2959 beneficiarios con un diagnóstico preexistente de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADD, edades 6-12) y 6390 beneficiarios con asma (MMA, de 5 a 18 años), según se define mediante las medidas de rendimiento del Conjunto de datos e información sobre la eficacia de la atención médica (HEDIS). Calculamos las diferencias en las visitas evitables y potencialmente evitables al SU por el tipo de atribución del PCMH del beneficiario y en relación con las diferencias en la proximidad a sus proveedores de atención primaria versus hospitales. Los resultados se definieron utilizando el Algoritmo del Departamento de Emergencias de la Universidad de Nueva York (NYU-EDA). Las diferencias en el riesgo de visitas al SU se evaluaron mediante ecuaciones de estimación generalizadas y se compararon mediante modelos de efectos marginales. Resultados: La reducción de 2,4 puntos porcentuales en el riesgo de visitas evitables al SU entre los niños de la cohorte ADD que asistieron a un PCMH frente a los que no asistieron aumentó de 3,9 a 7,2 puntos porcentuales a medida que mejoró la proximidad relativa a los proveedores de atención primaria frente a los hospitales ( $p < 0,01$ ). Los niños de las cohortes ADD y MMA que estaban inscritos en un hogar médico, pero que no asistieron a uno de los servicios de atención primaria, exhibieron un aumento de 5,4 y 3,0 puntos porcentuales en las visitas evitables al servicio de urgencias en comparación con los niños que no estaban inscritos y no asistieron a un hogar médico ( $p < 0,05$ ), pero estas diferencias solo se observaron cuando la proximidad geográfica a los hospitales era más conveniente que los proveedores de atención primaria. Se observaron resultados mixtos para las visitas potencialmente evitables. Conclusiones: en varias evaluaciones de desempeño de la atención médica, no se ha encontrado que los hogares médicos centrados en el paciente reduzcan las diferencias en la utilización del hospital para afecciones que son tratables en entornos de atención primaria entre niños con enfermedades crónicas. Los enfoques analíticos que también consideran la proximidad geográfica a los servicios de atención médica pueden identificar los beneficios de desempeño de los hogares médicos. Ampliar los modelos de ajuste de riesgos para incluir también datos geográficos beneficiaría las iniciativas de mejora de la calidad en curso.

Fondo: Los sistemas de salud de todo el mundo han estado respondiendo a la demanda de mejores modelos integrados de prestación de servicios. Sin embargo, es necesario aclarar más los efectos de estos nuevos modelos de integración y explorar si los modelos introducidos en otros sistemas de atención pueden lograr resultados similares en el contexto de un servicio nacional de salud del Reino Unido. Métodos: El estudio tuvo como objetivo llevar a cabo una revisión sistemática de los efectos de la integración o coordinación entre los servicios de atención médica, o entre la atención médica y social en los resultados de la prestación de servicios, incluida la eficacia, la eficiencia y la calidad de la atención. Bases de datos electrónicas incluyendo MEDLINE; embeber; PsicoINFO; CINAHL; Índices de Citas de Ciencias y Ciencias Sociales; y la Biblioteca Cochrane se realizaron búsquedas de bibliografía relevante publicada entre 2006 y marzo de 2017. Se realizaron búsquedas en fuentes en línea de literatura gris del Reino Unido, búsqueda de citas y selección manual de listas de referencias. Estudios primarios cuantitativos y revisiones sistemáticas, que informen sobre los efectos reales o percibidos en la prestación de servicios tras la introducción de modelos de integración o coordinación. en entornos de asistencia sanitaria o asistencia sanitaria y social en países desarrollados fueron elegibles para su inclusión. La solidez de la evidencia para cada resultado informado se analizó y sintetizó utilizando un sistema de calificación comparativa de cuatro puntos de evidencia más fuerte, más débil, inconsistente o limitada. Resultados: Ciento sesenta y siete estudios fueron elegibles para su inclusión. El análisis indicó evidencia de una mejor calidad de atención percibida, evidencia de una mayor satisfacción del paciente y evidencia de un mejor acceso a la atención. La evidencia se calificó como inconsistente o limitada con respecto a todos los demás resultados informados, incluidos los impactos en todo el sistema en la atención primaria, la atención secundaria y los costos de atención médica. Hubo diferencias limitadas entre los resultados informados por los estudios internacionales y del Reino Unido y, en general, la literatura tuvo una consideración limitada de los efectos en los usuarios del servicio. Conclusiones: Los modelos de atención integrada pueden mejorar la satisfacción del paciente, aumentar la calidad percibida de la atención y permitir el acceso a los servicios, aunque la evidencia de otros resultados, incluidos los costos de los servicios, sigue sin estar clara. Las indicaciones de un acceso mejorado pueden tener implicaciones importantes para los servicios que luchan por hacer frente a la creciente demanda.

PCMH basado en la comunidad: Baylor Scott & White Health and Wellness Center (BSW HWC). Pacientes/Participantes Todos los pacientes que asistieron al menos a dos visitas de atención primaria en BSW HWC en un período de 12 meses entre 2011 y 2015. Métodos : Los resultados de los pacientes que participan solo en PCMH (PCMH) en comparación con PCMH más los servicios de salud de la población (PCMH+PoPH) se compararon utilizando datos de registros de salud electrónicos. Resultados principales: Se examinaron la presión arterial diastólica y sistólica, la hemoglobina A1c, las visitas al servicio de urgencias y los costos, y las hospitalizaciones y los costos de IP. Resultados: Entre 2011 y 2015, se incluyeron 445 pacientes (edad =  $46 \pm 12$  años, 63 % afroamericanos, 61 % mujeres, 69,5 % sin seguro). Los análisis de regresión ajustados indicaron que PCMH+PoPH tuvo una mejoría mayor en los resultados de la diabetes (prediabetes  $HbA1c = -.65[SE=.32]$ ,  $P=.04$ ; diabetes  $HbA1c = -.74 [SE=.37]$ ,  $P<.05$ ) y un 37 % menos de costes en el servicio de urgencias que el grupo PCMH ( $p = 0,01$ ). El empeoramiento de los factores de riesgo de enfermedades crónicas se asoció con un 39 % más de visitas esperadas al servicio de urgencias ( $p < 0,01$ ), mientras que la mejora del riesgo de enfermedades crónicas se asoció con un 32 % menos de visitas al servicio de urgencias ( $p = 0,04$ ). Conclusiones: La integración de los servicios de salud de la población en el PCMH puede mejorar los resultados de las enfermedades crónicas y afectar la utilización y el costo del hospital en las poblaciones sin seguro o con seguro insuficiente

Fondo: Aproximadamente 25 millones de personas en los EE. UU. tienen dominio limitado del inglés (LEP). Cuando los pacientes con LEP reciben atención de médicos que son verdaderamente concordantes con el idioma, algunas pruebas muestran que las disparidades del idioma se reducen, pero otros muestran peores resultados. Realizamos una revisión sistemática de la literatura para comparar el impacto de la atención concordante del idioma para pacientes con LEP con el de otras intervenciones, incluidos intérpretes profesionales y ad hoc. Métodos: Los datos se recopilaron a través de una revisión sistemática de la literatura utilizando PubMed, PsycINFO, Web of Science, Cochrane Library y EMBASE en octubre de 2017. La estrategia de búsqueda de literatura tenía tres componentes principales, que eran el estatus de inmigrante/minoría, la barrera/dominio del idioma y relación proveedor de salud/paciente. La calidad de los artículos se evaluó mediante la lista de verificación de Downs y Black. Resultados: Los 33 estudios se agruparon por la medida de resultado estudiada, incluida la calidad de la atención (subdividida en atención primaria, diabetes, control del dolor, cáncer y hospitalización), satisfacción con la atención/comunicación, comprensión médica y salud mental. De los 33, 4 (6,9%) eran ensayos controlados aleatorios y los 29 restantes (87,9%) eran estudios transversales. El setenta y seis por ciento (25/33) de los estudios demostraron que al menos uno de los resultados evaluados fue mejor para los pacientes que recibieron atención concordante en el idioma, mientras que el 15 % (5/33) de los estudios no demostraron diferencias en los resultados y el 9 % (3/33) los estudios demostraron peores resultados en pacientes que recibieron atención concordante con el idioma. Discusión: Los resultados de esta revisión indican que, en la mayoría de las situaciones, la atención concordante en el idioma mejora los resultados. Aunque la mayoría de los estudios incluidos fueron de buena calidad, ninguno proporcionó una evaluación estandarizada de las habilidades lingüísticas del proveedor. Para evaluar sistemáticamente el impacto de la atención verdaderamente concordante del idioma en los resultados y sacar conclusiones significativas, los estudios futuros deben incluir una evaluación del dominio del idioma del médico. La atención en idiomas concordantes ofrece una forma importante para que los médicos satisfagan las necesidades únicas de sus pacientes con LEP.

<p>Fondo: Ucrania está reformando su sistema de atención médica para mejorar la calidad de la atención médica. La comprensión de cómo los administradores de atención primaria de salud perciben la calidad es importante para la reforma en curso, así como para la mejora de los servicios médicos.</p> <p>Métodos: Se realizó una encuesta en línea como parte del proyecto ucraniano-suízo "Desarrollo de la educación médica" en abril-mayo de 2019 basada en la lista de contactos del proyecto de USAID "Apoyo a la reforma de la salud", y además en la base de datos del Servicio Nacional de Salud de Ucrania y otros canales. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva y análisis de datos cualitativos.</p> <p>Resultados: En total, 302 administradores de atención médica participaron en el estudio. La mayoría de los gerentes de atención primaria de salud perciben la calidad en la atención de salud como calidad de proceso. Asocian la calidad principalmente con el cumplimiento de los estándares. Al mismo tiempo, los administradores de atención primaria de salud prefieren evaluar la calidad de los resultados a través de un sistema de indicadores y retroalimentación. Parece haber una falta de consenso sobre la calidad de la atención médica. Esto puede deberse a la falta de conocimiento de la estrategia nacional para una mejor calidad del servicio de atención médica.</p> <p>Conclusiones: Nuestro estudio proporciona nuevos conocimientos sobre las percepciones de los administradores de atención primaria sobre la calidad de la atención médica en Ucrania. La ausencia de un consenso claro sobre la calidad complica la discusión sobre la calidad y cómo medir la calidad en el cuidado de la salud. Este parece ser uno de los obstáculos para la mejora de la calidad en todo el sistema.</p>
<p>Métodos: Utilizamos datos de la Encuesta de pacientes de médicos generales (GP) para construir un índice EQ-5D-5L a nivel de práctica como resultado de salud. Los explicativos clave fueron las medidas de satisfacción con el acceso y las consultas informadas por los pacientes (también derivadas de la Encuesta de pacientes GP) y la calidad clínica medida por el logro de los indicadores de calidad clínica informados en el Marco de calidad y resultados. Estimamos modelos de datos de panel lineal a nivel de práctica con efectos de práctica aleatorios y fijos y covariables de práctica y paciente utilizando datos de 2012/13 a 2016/17 en más de 7500 prácticas generales inglesas.</p> <p>Resultados: Las correlaciones bivariadas del índice EQ-5D-5L con las medidas de calidad fueron 0,048 para la calidad clínica, 0,071 para la satisfacción con el acceso y 0,107 para la satisfacción con las consultas al médico de cabecera (todas con <math>P &lt; 0,001</math>). Tanto en las regresiones de efectos fijos, que permiten características de la práctica invariantes en el tiempo no observadas, como en las regresiones de efectos aleatorios que no las permiten, el índice EQ-5D-5L se asoció positivamente con retrasos de 1 año en la satisfacción del paciente con el acceso y las consultas al médico de cabecera. La salud informada por el paciente se asoció positivamente con la calidad clínica en las regresiones de efectos fijos. Los efectos implícitos fueron pequeños en todos los casos.</p> <p>Conclusión: El nivel de práctica EQ-5D-5L se asocia positivamente con la calidad clínica y con un retraso de 1 año en la satisfacción informada por el paciente con el acceso y las consultas con el médico de cabecera.</p>
<p>Antecedentes La evidencia sugiere que los farmacéuticos integrados en la atención primaria pueden mejorar los resultados y la satisfacción del paciente, pero su impacto en los sistemas de atención médica no está claro.</p> <p>Diseño y escenario Una revisión sistemática de la literatura.</p> <p>Se examinaron las bases de datos Method Embase, MEDLINE, Scopus, Health Management Information Consortium, CINAHL y el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados, junto con listas de referencias de estudios relevantes. Se incluyeron ensayos controlados aleatorios (ECA) y estudios observacionales publicados hasta junio de 2018, que consideraron los resultados del sistema de salud de la integración de los farmacéuticos en la atención primaria. Se utilizó la herramienta Cochrane de evaluación de la calidad del riesgo de sesgo de los ECA; Se utilizó la herramienta de evaluación de calidad del Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre del Instituto Nacional de Salud para los estudios observacionales. Los datos se extrajeron de los informes publicados y los hallazgos se sintetizaron.</p> <p>Resultados Las búsquedas identificaron 3058 estudios, de los cuales 28 cumplieron con los criterios de inclusión. La mayoría de los estudios incluidos fueron de calidad regular. Los farmacéuticos en atención primaria dieron como resultado una reducción en el uso de las citas con el médico de cabecera y una menor asistencia al departamento de emergencias (DE), pero aumentaron el uso general de la atención primaria. No hubo impacto en las hospitalizaciones, pero sí alguna evidencia de ahorro en el sistema de salud general y los costos de medicamentos.</p> <p>Conclusión La integración de los farmacéuticos en la atención primaria puede reducir la carga de trabajo del médico de cabecera y la asistencia al servicio de urgencias. Sin embargo, se necesitan más estudios de mayor calidad, incluida la investigación para aclarar la rentabilidad de la intervención y el impacto a largo plazo en los resultados del sistema de salud.</p>
<p>Fondo: La atención primaria de salud y su fortalecimiento a través de la medición del desempeño es fundamental para trabajar de manera sostenible hacia la cobertura universal de salud. Los marcos e indicadores de desempeño existentes para medir la atención primaria de salud capturan funciones del sistema como la gobernanza, el financiamiento y la dotación de recursos, pero en menor medida la función de prestación de servicios y su naturaleza heterogénea. Además, la mayoría de los marcos tienen vínculos débiles con los sistemas de información de rutina y las prioridades nacionales de salud, especialmente en el contexto de los países de ingresos altos y medios. Este documento presenta el desarrollo de una herramienta que responde a este contexto con el objetivo de crear inteligencia de desempeño de atención primaria de salud para los 53 países de la Región Europea de la OMS.</p> <p>Métodos: El trabajo se basa en una revisión sistemática existente sobre atención primaria y se basa en las prioridades de las políticas sanitarias europeas actuales y los sistemas de información (inter)nacionales disponibles. Su desarrollo incluyó: (i) revisar y clasificar las características de la atención primaria; (ii) construir un conjunto de condiciones de seguimiento; y (iii) mapear los indicadores existentes en el marco resultante de (i). El análisis se validó a través de una serie de revisiones: reuniones en persona con puntos focales designados por el país y expertos en atención primaria; revisiones de expertos a distancia; y pruebas preliminares con informantes del país.</p> <p>Resultados: El marco resultante aplica un continuo de desempeño en el enfoque clásico de estructuras-procesos-resultados que abarca 6 dominios: estructuras de atención primaria, modelo de atención primaria, contacto de atención, productos de atención primaria, resultados del sistema de salud y resultados de salud, que se clasifican además por 26 subdominios y 63 características de atención primaria. Se desarrolló un continuo de atención utilizando un conjunto de 12 condiciones de seguimiento. Se asignaron un total de 139 indicadores a la clasificación, cada uno con una fuente de datos identificada para salvaguardar la mensurabilidad. Se desarrollaron pasaportes de indicadores individuales y un glosario de términos para apoyar la estandarización de los hallazgos.</p> <p>Conclusión: El marco resultante y el conjunto de indicadores, denominado Herramienta de impacto, rendimiento y capacidad de la atención primaria de la salud (PHC-IMPACT), tiene el potencial de aplicarse en Europa, cerrando la brecha en la recopilación de datos existentes, el análisis y el uso de la inteligencia de rendimiento para la toma de decisiones. -hacia el fortalecimiento de la atención primaria de salud.</p>
<p>Antecedentes: en 2017, la Comisión Europea (CE) identificó como una política prioritaria la evaluación del desempeño de los sistemas de atención primaria, que se relaciona con la estructura de atención primaria, la prestación de servicios y los resultados de un país. La CE solicitó a su Panel de Expertos en Formas Efectivas de Invertir en Salud (Panel de Expertos) que emitiera una opinión sobre las formas de mejorar la evaluación del desempeño de la atención primaria.</p> <p>Objetivos: Proporcionar una visión general de los dominios y dimensiones que se deben tener en cuenta al evaluar la atención primaria y los indicadores específicos que se recopilarán y analizarán para mejorar la comprensión del desempeño de la atención primaria.</p> <p>Métodos: Un subgrupo del Panel de Expertos realizó una revisión de la literatura. La opinión fue redactada, mejorada y aprobada a través de discusiones de grupos de trabajo, consultas con la CE, el Grupo de Expertos en Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud y una audiencia pública.</p> <p>Resultados: Partiendo de las principales características de la atención primaria, proponemos los elementos esenciales de un sistema de evaluación del desempeño de la atención primaria basado en indicadores específicos. Identificamos diez dominios con sus correspondientes dimensiones para los cuales se proponen indicadores clave comparativos e indicadores descriptivos: (1) atención universal y accesible, (2) atención integrada, (3) centrada en la persona, (4) atención integral y comunitaria, (5) ) proporcionada por un equipo responsable de abordar la gran mayoría de las necesidades de salud personales, (6) asociación sostenida con pacientes y cuidadores informales, (7) coordinación, (8) continuidad de la atención, (9) organización de la atención primaria y (10) recursos humanos.</p> <p>Conclusión: Las características y los criterios identificados para el desarrollo de un sistema de evaluación del desempeño de la atención primaria brindan un punto de partida para fortalecer la coherencia de los marcos de evaluación entre países e intercambiar las mejores prácticas.</p>
<p>Fondo: Muchos gobiernos han introducido programas de pago por desempeño para incentivar a los proveedores de salud a mejorar la calidad de la atención. La evidencia sobre si estos programas reducen o exacerban las disparidades en la atención de la salud es escasa. En este estudio, nuestro objetivo fue evaluar las desigualdades socioeconómicas en el desempeño de los equipos de salud de la familia del Programa Nacional de Mejoramiento del Acceso y la Calidad de la Atención Primaria (PMAQ) de Brasil.</p> <p>Métodos: Para este estudio longitudinal, analizamos datos sobre la calidad de la atención brindada por los equipos de salud de la familia que participan en PMAQ durante tres rondas de implementación: ronda 1 (noviembre de 2011 a marzo de 2013), ronda 2 (abril de 2013 a septiembre de 2013). 2015), y ronda 3 (octubre de 2015 a diciembre de 2019). El resultado primario fue el porcentaje de la puntuación máxima de desempeño que pueden obtener los equipos de salud de la familia (la puntuación PMAQ), basada en varios cientos (que oscilan entre 598 y 914) de indicadores de prestación de atención de salud. Utilizando los datos del censo sobre los ingresos de los hogares de las áreas locales, examinamos la puntuación del PMAQ por ventíl de ingresos. Utilizamos regresiones de mínimos cuadrados ordinarios para examinar la asociación entre las puntuaciones de PMAQ y los ingresos de cada área local a lo largo de las rondas de implementación, y realizamos un análisis de varianza para evaluar la variación geográfica en la puntuación de PMAQ.</p> <p>Recomendaciones: De los 40 361 equipos de salud familiar que se registraron como participantes del PMAQ, incluimos en nuestro análisis 13 934 equipos que participaron en las tres rondas del PMAQ. Estos equipos estaban ubicados en 11 472 áreas censales y atendieron aproximadamente a 48 millones de personas. La puntuación media del PMAQ fue del 61·0 % (mediana 61·8, IQR 55·3–67·9) en la ronda 1, 55·3 % (mediana 56·0, IQR 47·6–63·4) en la ronda 2 , y 61,6% (mediana 62,7, IQR 54,4–69,9) en la ronda 3. En la ronda 1, observamos un gradiente socioeconómico positivo, con un puntaje PMAQ promedio que va desde 56,6% en los más pobres grupo al 64,1% en el grupo más rico. Entre las rondas 1 y 3, el rendimiento medio de PMAQ aumentó 7,1 puntos porcentuales para el grupo más pobre y disminuyó 0,8 puntos porcentuales para el grupo más rico (<math>p &lt; 0,0001</math>),</p> <p>Interpretación: Las desigualdades de ingresos existentes en la prestación de atención primaria de la salud se eliminaron durante las tres rondas del PMAQ, posiblemente debido a una característica de diseño del PMAQ que ajustaba los pagos financieros a las desigualdades socioeconómicas. Sin embargo, sigue existiendo una agenda política importante en Brasil para abordar las grandes inequidades en salud.</p>

El desarrollo del marco de diseño se llevó a cabo a través de la selección de un marco inicial basado en una revisión rápida e identificación de indicadores relevantes y enriquecimiento basado en indicadores y pautas de demencia existentes. La priorización de indicadores se llevó a cabo a través de una encuesta a las partes interesadas.

Escenario Ontario, Quebec, New Brunswick y Saskatchewan.

Participantes Partes interesadas en la atención comunitaria de la demencia (N=109), incluidos médicos, pacientes, cuidadores, responsables de la toma de decisiones y administradores.

Principales medidas de resultado Indicadores de calidad de atención primaria.

Resultados El marco comprendía 34 indicadores en 8 dominios de calidad (acceso, integración, atención eficaz, atención eficiente, equidad, seguridad, salud de la población y atención centrada en el paciente). El acceso a un proveedor de atención primaria regular, la continuidad de la atención, el diagnóstico en etapa temprana y el acceso a la atención domiciliar se calificaron constantemente como prioridades. La atención equitativa fue una prioridad específica entre pacientes y cuidadores; los médicos informaron hospitalizaciones evitables como una de sus prioridades.

Conclusión Se estableció un marco de indicadores para las personas con demencia que agrega una dimensión importante a los indicadores de calidad de la atención primaria y la demencia existentes al brindar atención primaria y perspectivas basadas en la población. Este marco podría sentar las bases para el seguimiento continuo de las prácticas y políticas de atención primaria para las personas con demencia a nivel de la población.

La demencia, incluida la enfermedad de Alzheimer, ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud como una crisis mundial de salud pública. 1 , 2 Medio millón de canadienses viven con demencia, un número que se espera que se duplique en la próxima generación. 3 Además, más del 60% de las personas con demencia viven en casa y son atendidas en la comunidad. 4 Existe un consenso cada vez mayor en Canadá y en otros lugares de que los médicos de familia, con el apoyo de otros profesionales de la salud, están en una posición ideal para brindar un enfoque centrado en la persona con respecto a la prevención de la demencia y al diagnóstico, tratamiento y seguimiento. de la mayoría de las personas con demencia. 5 - 9 Dado el papel cada vez mayor de la atención primaria en la atención de la población con demencia, es esencial monitorear y evaluar las iniciativas de calidad en curso o las intervenciones políticas dirigidas a mejorar la calidad de la atención de las personas con demencia en la atención primaria. Los indicadores de calidad que se alinean con las necesidades de las partes interesadas y se pueden medir de forma rutinaria utilizando fuentes fácilmente disponibles son necesarios para garantizar que la retroalimentación y la mejora sean continuas y que la toma de decisiones sea eficiente y oportuna. 10 , 11

Dentro de la literatura de atención primaria, se han propuesto varios marcos generales para medir la calidad de la atención primaria. 12 - 14 Sin embargo, no está claro si estos marcos son aplicables o apropiados para las personas con demencia; incorporar indicadores relevantes para la demencia y de importancia para las partes interesadas; y tener indicadores que puedan medirse utilizando datos recopilados de forma rutinaria, como datos administrativos de salud. Además, dentro de la literatura sobre demencia, el trabajo sobre indicadores se ha centrado en los procesos clínicos de atención evaluados principalmente a través de la revisión de gráficos. 15 - 19 Si bien estos indicadores proporcionan un componente esencial de la evaluación de la calidad de la atención brindada a los pacientes con demencia, no pueden medirse fácilmente de manera rutinaria.

Este estudio tuvo como objetivo desarrollar un marco de indicadores de calidad de atención primaria para personas con demencia basado en datos administrativos de salud e identificar indicadores prioritarios relevantes para las partes interesadas para el monitoreo continuo de la calidad en esta población

Fondo: La información basada en evidencia disponible en el punto de atención mejora los resultados de la atención al paciente. Las bases de conocimientos en línea pueden aumentar la aplicación de la medicina basada en la evidencia e influir en los datos de resultados de los pacientes que pueden capturarse en registros de calidad. El objetivo de este estudio fue explorar el efecto del uso de una base de conocimientos en línea sobre las experiencias de los pacientes y la calidad de la atención médica.

Métodos: El estudio se llevó a cabo como un estudio observacional retrospectivo de 24 centros de atención primaria de salud en Suecia explorando su uso de una base de conocimientos en línea. La frecuencia de uso se comparó con los resultados de los pacientes en dos registros nacionales de calidad. Se aplicó un índice de necesidad de atención socioeconómica para evaluar si la carga de atención influía en los resultados de esos registros de calidad. Se utilizaron métodos estadísticos no paramétricos y regresión lineal.

Resultados: La frecuencia de uso de la base de conocimiento mostró dos grupos: usuarios frecuentes y no frecuentes, con una diferencia de uso significativa entre los grupos (  $p < 0,001$ ). Los datos de resultados mostraron valores significativamente más altos para las siete dimensiones de la Encuesta Nacional de Pacientes de Atención Primaria en los usuarios frecuentes de la base de conocimientos en comparación con los no frecuentes (  $p < 0,001$  ), mientras que 10 de 11 parámetros en el Registro Nacional de Diabetes no mostraron diferencias entre los grupos (  $p > 0,05$ ). El ajuste por el índice de necesidad de atención casi no tuvo efecto en los resultados de los grupos.

Conclusiones: Los usuarios frecuentes de una base de conocimiento nacional en línea recibieron calificaciones más altas sobre las experiencias de los pacientes, pero las cifras sobre la calidad de la atención médica en diabetes mostraron una correlación casi nula. Los hallazgos indican que algunos efectos pueden atribuirse al uso de bases de conocimiento y requiere una evaluación controlada

Justificación, fines y objetivo

Primary Care Plus (PC+) se centra en la sustitución de la atención médica hospitalaria por el entorno de atención primaria sin trasladar las instalaciones del hospital. El objetivo de este estudio fue examinar si se podía mantener la salud de la población y la experiencia de atención en CP+. Por lo tanto, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la calidad de atención experimentada desde la perspectiva del paciente se compararon entre los pacientes derivados a CP+ y a la atención ambulatoria hospitalaria (HBOC).

Métodos: Este estudio de cohorte incluyó pacientes de una región holandesa que visitaron PC+ o HBOC entre diciembre de 2014 y abril de 2018. Con cuestionarios de pacientes (T0, T1 y T2), se midió la CVRS y la experiencia de atención. Se utilizó la coincidencia de puntuación de propensión (PSM) del calibrador de uno a dos vecinos más cercanos para controlar el posible sesgo de selección. Los resultados se compararon mediante modelos lineales marginales y pruebas de chi-cuadrado de Pearson.

Resultados: Mil ciento trece pacientes con PC+ se emparejaron con 606 pacientes con HBOC con características basales bien equilibradas (SMD  $< 0,1$ ). Con respecto a los resultados de la CVRS, no se encontraron términos de interacción significativos entre el tiempo y el grupo (  $p > 0,05$ ), lo que indica que no hubo diferencias en el desarrollo de la CVRS entre los grupos a lo largo del tiempo. En cuanto a la calidad de la atención experimentada, no se encontraron diferencias entre los pacientes PC+ y HBOC. Solo el tiempo de viaje fue significativamente más corto en el grupo HBOC (  $P \leq 0,001$ ).

Conclusión: Los resultados muestran efectos iguales en los resultados de HRQoL a lo largo del tiempo entre los grupos. En cuanto a la calidad de atención experimentada, solo se encontraron diferencias en el tiempo de viaje. En su conjunto, la salud de la población y la calidad de la atención se mantuvieron con PC+ y las investigaciones futuras deberían centrarse más en los resultados relacionados con los costos.

Diseño, escenario, participantes e intervenciones

Se utilizó un diseño de encuesta transversal analítica para examinar y validar los indicadores de la OMS/INRUD en las unidades ambulatorias de dos establecimientos de APS y un hospital en Namibia desde el 1 de febrero de 2015 hasta el 31 de julio de 2015. La validez de los indicadores se determinó utilizando dos por dos tablas contra el cumplimiento de las pautas de tratamiento estándar de Namibia (NSTG). Se trazaron las características del operador del receptor para los indicadores de la OMS/INRUD para determinar su precisión como predictores del cumplimiento de los estándares acordados. Se construyó un modelo logístico multivariado para determinar de forma independiente la predicción de cada indicador.

Principales resultados y resultados

De 1243 recetas; el cumplimiento de la prescripción de NSTG en atención ambulatoria fue subóptimo (el objetivo era  $> 80\%$ ). Tres de los cuatro indicadores de la OMS/INRUD no cumplieron con los objetivos de Namibia o de la OMS: prescripción de antibióticos, cantidad promedio de medicamentos por prescripción y prescripción de genéricos. La mayoría de los indicadores tuvieron baja sensibilidad y/o especificidad. Todos los indicadores de la OMS/INRUD tuvieron poca precisión para predecir la prescripción racional. El indicador de prescripción de antibióticos fue la única covariable que fue un factor de riesgo independiente significativo para el cumplimiento de los NSTG.

Conclusión: Los indicadores de la OMS/INRUD mostraron poca precisión en la evaluación de las prácticas de prescripción en la atención ambulatoria en Namibia. Existe la necesidad de modelos y/o criterios apropiados para optimizar el uso de medicamentos en la atención ambulatoria en el futuro.

Introducción: La atención primaria de salud (APS) ganó un impulso considerable en las últimas cuatro décadas y condujo a mejores resultados de salud en una amplia variedad de entornos. En los países de bajos y medianos ingresos (LMIC), los Programas de Trabajadores de la Salud Comunitarios (CHWP) nacionales o de gran escala se consideran vehículos para incorporar los principios de la APS en la prestación de atención médica y son un aspecto esencial del enfoque de la APS para lograr la salud para todos y todas. metas de desarrollo sostenible. El éxito de los CHWP se basa en la aplicación de los principios de la APS. Sin embargo, hay evidencia que muestra una implementación irregular de los principios de la APS en los CHWP nacionales en los LMIC. Esto puede reflejar la falta de información sobre qué actividades ilustrarían la aplicación de estos principios en los CHWP.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio Delphi modificado de dos rondas con participantes que tienen una amplia experiencia en la planificación, implementación y evaluación de CHWP. El diseño y análisis de la encuesta se guió por los cuatro principios de la APS, a saber, Cobertura Universal de Salud, Participación Comunitaria, Coordinación Intersectorial y Adecuación. Las respuestas se recopilaron mediante un programa seguro de encuestas en línea (survey monkey). En la primera ronda, se pidió a los participantes que enumeraran las 'actividades centrales' que reflejarían la aplicación de cada principio de APS y sus subatributos y los desafíos para aplicar estos principios en los CHWP. En la segunda ronda, se pidió a los participantes que seleccionaran si estaban de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las actividades y desafíos. El consenso se fijó a priori en un 70% de acuerdo de los participantes para cada pregunta.

Resultados: Diecisiete participantes de 15 países participaron en el estudio. Se llegó a un consenso sobre 59 actividades que reflejan la aplicación de los principios de la APS por parte de los CHWP. Con base en las respuestas de los participantes, se desarrolló un conjunto de 29 indicadores-actividades para los cuatro principios de la APS con ejemplos para cada indicador-actividad.

Conclusión: Estos indicadores-actividades pueden brindar orientación sobre cómo se pueden implementar los principios de la APS en los CHWP. Pueden utilizarse en el desarrollo y evaluación de los CHWP, particularmente en su aplicación de los principios de la APS. La investigación futura puede centrarse en probar la utilidad de las actividades indicadoras en CHWP en LMIC.

Antecedentes: un estudio reciente de conductores con licencia encontró una relación no lineal entre la densidad de los destinos no residenciales (NRD), un indicador de la capacidad para caminar y el índice de masa corporal (IMC) en una amplia gama de patrones de desarrollo. No está claro si esta relación puede replicarse en una población con múltiples afecciones crónicas o traducirse en resultados de salud distintos del IMC.

Métodos: Obtuvimos datos de salud y domicilios de 2405 adultos con múltiples afecciones crónicas de 44 clínicas de atención primaria en 13 estados mediante el Ensayo de integración de salud conductual y atención primaria. En este estudio transversal, las relaciones entre la densidad de NRD (de una base de datos comercial) dentro de 1 km de la dirección de la casa y el IMC autoinformado, y los índices de salud mental y física se evaluaron utilizando varios métodos no lineales, incluido el cúbico restringido. splines, curvas de suavizado LOWESS, regresión no paramétrica con base spline y regresión lineal por partes.

Resultados: Todos los métodos demostraron relaciones no lineales similares. Se seleccionó la regresión lineal por partes para facilitar la interpretación. El IMC tuvo una tasa de cambio marginal positiva por debajo del punto de inflexión de la densidad NRD de 15 establecimientos/ha ( $\beta = +0,09$  kg/m<sup>2</sup> /edificios no residenciales ha<sup>-1</sup>; IC 95%  $+0,01$  a  $+0,14$ ), y una negativa tasa marginal de cambio por encima del punto de inflexión ( $\beta = -0,02$ ; IC del 95 %:  $-0,06$  a  $0,02$ ). La salud mental disminuyó con la densidad de NRD por debajo del punto de inflexión ( $\beta = -0,24$ ; IC del 95 %:  $-0,31$  a  $-0,17$ ) y aumentó por encima ( $\beta = +0,03$ ; IC del 95 %:  $-0,00$  a  $+0,07$ ). Los resultados fueron similares para la salud física ( $\beta = -0,28$ ; IC 95%  $-0,35$  a  $-0,20$ ) y ( $\beta = +0,06$ ; IC 95%  $0,01$  a  $+0,10$ ).

Conclusión: Los indicadores de salud fueron los más bajos en las áreas de densidad media (típicamente suburbanas) y mejoraron progresivamente moviéndose en cualquier dirección desde el pico. Los NRD pueden afectar la salud de manera diferente según la densidad de NRD de la dirección del hogar.

El desarrollo de medidas de calidad ha ganado cada vez más atención a medida que los reembolsos de atención médica pasan de modelos de pago por servicio a modelos de pago basados en el valor. A medida que la atención de la salud del comportamiento avanza hacia la integración de los servicios con la atención primaria, se necesitarán medidas específicas e incentivos de pago para ampliar con éxito el acceso. Este estudio utiliza una búsqueda de palabras clave para identificar 730 indicadores de calidad que son relevantes para la salud del comportamiento y la salud médica general. Las medidas identificadas han sido codificadas y agrupadas en dominios basados en una taxonomía desarrollada por los autores. El análisis revela que las medidas de calidad que se centran en las condiciones médicas generales superan a las que se centran en los diagnósticos de salud conductual para los tratamientos basados en evidencia, la seguridad del paciente y los resultados. Además, las medidas se concentran predominantemente en la atención durante o después de las hospitalizaciones, lo que representa una minoría de la atención de salud conductual y no caracteriza los entornos ambulatorios que son el foco de muchos modelos de atención integrada. Los autores ofrecen recomendaciones para pasos futuros para identificar las medidas de calidad que mejor pueden evaluar el sistema de atención de la salud del comportamiento en evolución.

Diseño: estudio cualitativo con discusiones de grupos focales (FGD) semiestructuradas analizadas mediante análisis de contenido cualitativo

Ámbito: Seis centros de atención primaria de salud de propiedad pública en Estocolmo.

Sujetos: Los participantes fueron 31 médicos de atención primaria. El número de participantes en cada FGD varió entre 3 y 7.

Principales medidas de resultado: Categorías y subcategorías que informan sobre los factores organizacionales que se percibe que influyen en el uso de LVC y las estrategias organizacionales consideradas útiles para reducir el uso de LVC.

Resultados: Cuatro tipos de factores organizativos (recursos, procesos de atención, actividades de mejora y gobernanza) influyeron en el uso de LVC. Los recursos involucraron tiempo para atender a los pacientes, conocimiento del personal y herramientas de trabajo. Los procesos de atención incluyeron las rutinas de trabajo y las formas en que se priorizaron las actividades y los recursos en la organización. Las actividades de mejora involucraron la medición del desempeño y el trabajo de mejora para reducir el LVC. La gobernanza se refería a los objetivos organizacionales, la toma de decisiones de alto nivel y las políticas. Los médicos sugirieron múltiples estrategias dirigidas a estos factores para reducir la LVC, incluida una mayor continuidad médico-paciente, incentivos económicos ajustados, desarrollo profesional continuo para los médicos y funciones de control que evitan citas innecesarias y guían a los pacientes al punto de atención adecuado. .

Conclusión: La influencia de múltiples factores organizacionales en todo el sistema de atención de la salud indica que un enfoque de todo el sistema podría ser útil para reducir la LVC. PUNTOS CLAVE Sabemos poco sobre cómo los factores organizacionales influyen en el uso de atención de bajo valor (LVC) en la atención primaria de salud. cuidado. Los médicos perciben los recursos organizacionales, los procesos de atención, las actividades de mejora y la gobernanza como influencias en el uso de LVC y estrategias de reducción de LVC. Este estudio proporciona información sobre cómo estos factores influyen en el uso de LVC. Estrategias en múltiples niveles del sistema de atención médica puede estar justificado para reducir el LVC.

PROPÓSITO En la atención primaria, se reconoce cada vez más la dificultad de tratar los problemas de salud inmediatos de los pacientes cuando su bienestar general está determinado por determinantes sociales subyacentes de la salud. Se evaluó la asociación de los factores de complejidad social con la calidad de la atención recibida por los pacientes en los entornos de atención primaria.

MÉTODOS Se definieron once factores de complejidad social utilizando datos administrativos sobre pobreza, salud mental, condición de recién llegado y participación del sistema de justicia del Depósito de datos de investigación de población de Manitoba. Medimos la distribución de estos factores entre los pacientes de atención primaria que realizaron al menos 3 visitas durante 2010–2013 a médicos en Manitoba, Canadá. Usando modelos mixtos lineales generalizados, medimos 26 indicadores de atención primaria para comparar la calidad de la atención recibida por pacientes con 0 a 5 o más factores de complejidad social.

RESULTADOS Entre 626.264 pacientes de atención primaria, el 54% vivía con al menos 1 factor de complejidad social y el 4% vivía con 5 o más. Los factores de complejidad social se asociaron fuertemente con resultados más deficientes con respecto a los indicadores de atención primaria para la prevención (p. ej., detección de cáncer de mama; razón de probabilidad [OR] = 0,77; IC 99 %, 0,73–0,81), control de enfermedades crónicas (p. ej., control de la diabetes; OR = 0,86; IC 99 %, 0,79–0,92), atención geriátrica (p. ej., recetas de benzodiazepinas; OR = 1,63; IC 99 %, 1,48–1,80) y uso de servicios de salud (p. ej., visitas ambulatorias; OR = 1,09; 99 % IC, 1,08-1,09).

CONCLUSIONES La vinculación de datos sociales y de salud demuestra cómo los determinantes sociales están asociados con la prestación de servicios de atención primaria. Nuestros hallazgos brindan información sobre las necesidades sociales de las poblaciones de atención primaria y pueden respaldar el desarrollo de intervenciones enfocadas para abordar la complejidad social en la atención primaria.

Resumen Las reformas iniciadas en 1996 pretendían que las Administraciones Regionales de Salud (ARS) jugaran un papel relevante en el proceso de transformación de un sistema de salud basado en un modelo integrado a otro basado en un modelo contractual. El instrumento esencial de esta transformación pasaría a ser el Organismo Contratante, establecido en cada una de las ARS. Su papel en la nueva cultura de la contractualización era negociar presupuestos prospectivos con las instituciones prestadoras de salud , que incluían la Atención Primaria de Salud.. Este artículo realiza un análisis longitudinal de la evolución de un conjunto de 9 indicadores de contratación de atención primaria de salud , en tres Agrupaciones de Centros de Salud (ACeS), de la Administración Regional de Salud de Lisboa y Valle del Tajo (ARSLVT). Verificamos que el establecimiento de metas, con base en la contratación externa y su monitoreo y seguimiento, son determinantes para que los profesionales de la salud definan trayectorias y objetivos de actuación . También reconocemos la necesidad de revisar los indicadoresbase, haciéndolos evolucionar hacia indicadores de resultado .

Métodos: Realizamos una búsqueda sistemática de bases de datos electrónicas, literatura gris y referencias de artículos sobre el desarrollo de indicadores de calidad de atención para el monitoreo de rutina en todos los entornos y poblaciones de atención médica, publicados en inglés entre 2010 y 2020.

Utilizamos métodos bien establecidos para la selección de artículos. y selección, extracción y gestión de datos. Los resultados se resumieron mediante un análisis descriptivo y una síntesis narrativa.

Resultados: Los 221 artículos seleccionados procedían en su mayoría de entornos de ingresos altos (89 %), en particular de EE. UU. (46 %), Canadá (9 %), Reino Unido (9 %) y Europa (17 %). Los indicadores de calidad de la atención se desarrollaron principalmente para proveedores de atención médica (56 %), para evaluación comparativa o garantía de calidad (37 %) y mejora de la calidad (29 %), en hospitales (32 %) y atención primaria (26 %), en muchas enfermedades. Los términos 'indicador de calidad' y 'medida de calidad' fueron los términos más frecuentes (50% y 21%, respectivamente). Los enfoques sistemáticos para el desarrollo de indicadores de calidad de atención surgieron dentro de los sistemas nacionales de calidad de atención oa través de colaboraciones entre países en entornos de altos ingresos. Los estudios de salud materna, neonatal e infantil (33 %), salud mental (26 %) y atención primaria (57 %) aplicaron la mayoría de los componentes de enfoques sistemáticos,

Discusión: La evidencia actual muestra variaciones en los conceptos y enfoques para desarrollar indicadores de calidad de atención, con desarrollo y aplicación principalmente en países de altos ingresos.

Conclusión: Se necesitan esfuerzos adicionales para proponer marcos conceptuales y métodos de "mejores prácticas" para desarrollar indicadores de calidad de la atención para mejorar su utilidad en la medición de la salud global.

Fuentes de datos: Un total de 137 indicadores de calidad recogidos de 7.607 prácticas de inglés entre 2011 y 2012.

Diseño del estudio: Estudio transversal a nivel de práctica. Los indicadores se asignaron a subdominios de procesos de atención ("garantía de calidad", "educación y capacitación", "gestión de medicamentos", "acceso", "gestión clínica" y "atención centrada en el paciente"), resultados de salud ("resultados intermedios"). " y "estado de salud informado por el paciente"), y satisfacción del paciente. Las relaciones entre los subdominios se formularon como hipótesis en un modelo conceptual y posteriormente se probaron utilizando modelos de ecuaciones estructurales.

Hallazgos principales: El modelo apoyó dos caminos independientes. En el primer camino, el "acceso" se asoció con la "atención centrada en el paciente" (  $\beta = 0,63$ ), que a su vez se asoció fuertemente con la "satisfacción del paciente" (  $\beta = 0,88$ ). En la segunda vía, "educación y capacitación" se asoció con "manejo clínico" (  $\beta = 0,32$ ), que a su vez se asoció con "resultados intermedios" (  $\beta = 0,69$ ). El "estado de salud informado por el paciente" se asoció débilmente con la "atención centrada en el paciente" (  $\beta = -0,05$ ) y la "satisfacción del paciente" (  $\beta = 0,09$ ), y no se asoció con el "manejo clínico" o los "resultados intermedios".

Conclusiones: Este es el primer modelo empírico que proporciona simultáneamente evidencia sobre la independencia de los resultados intermedios de atención médica, la satisfacción del paciente y el estado de salud. Los caminos explicativos a través de la gestión clínica técnica de calidad y centrado en el paciente ofrecen oportunidades específicas para el desarrollo de iniciativas de mejora de la calidad.

Fondo: Los Trabajadores Comunitarios de Salud (CHW) tienen un impacto positivo en la provisión de atención primaria de salud basada en la comunidad a través de la detección, el tratamiento, la remisión, el apoyo psicosocial y el acompañamiento. Con un amplio alcance de trabajo, los programas de CHW deben equilibrar la amplitud y la profundidad de las tareas para mantener la motivación de CHW para brindar atención de alta calidad. Pocos estudios han descrito la perspectiva de los CHW sobre la motivación intrínseca y extrínseca para mejorar sus actividades programáticas.

Métodos: Utilizamos un diseño de estudio cualitativo exploratorio con CHW empleados en el modelo de hogar en el distrito de Neno, Malawi, para explorar sus perspectivas sobre los motivadores e insatisfactorios intrínsecos y extrínsecos en su trabajo. Los datos se recopilaron en 8 discusiones de grupos focales con 90 CHW en octubre de 2018 y de marzo a abril de 2019 en siete áreas de captación seleccionadas intencionalmente. Todas las entrevistas fueron grabadas, transcritas palabra por palabra, codificadas y analizadas usando Dedoose.

Resultados: Se generaron temas de factores intrínsecos y extrínsecos complejos desde las perspectivas de los CHW en las discusiones de los grupos focales. Los resultados del estudio indican que los factores favorables son principalmente factores intrínsecos, como los resultados positivos para los pacientes, el respeto de la comunidad y el reconocimiento por parte del sistema formal de atención de la salud, pero pueden conducir al desafío de un mayor alcance y carga de trabajo. Los factores extrínsecos pueden generar desafíos, incluido un alcance y una carga de trabajo mayores que las expectativas originales, la falta de recursos para utilizar en su trabajo y una geografía accidentada. Sin embargo, un ambiente de trabajo positivo a través de relaciones de apoyo entre los CHW y los supervisores capacita a los CHW.

Conclusión: Este estudio demostró factores habilitadores y desafíos para el desempeño de los CHW desde su perspectiva dentro de la teoría del factor dual. Podemos mitigar los desafíos a través de esfuerzos enfocados para limitar la distancia geográfica, administrar la carga de trabajo y fortalecer el apoyo de CHW para reforzar su reconocimiento y confianza. Tal énfasis programático puede enfocarse en mejorar los factores motivacionales encontrados en este estudio para mejorar la experiencia de los CHW en su función. La participación de los CHW, las comunidades y el sistema formal de atención de la salud es fundamental para mejorar la atención brindada a los pacientes y las comunidades, junto con la creación de sistemas de apoyo para reconocer el trabajo realizado por los CHW para los sistemas de atención primaria de la salud.

El pago por desempeño (P4P) se ha aplicado ampliamente en los países de la OCDE para mejorar la calidad de la atención primaria y secundaria, y se está implementando cada vez más en países de ingresos bajos y medianos. En 2011, Brasil introdujo uno de los esquemas P4P más grandes del mundo, el Programa Nacional para Mejorar el Acceso y la Calidad de la Atención Primaria (PMAQ). Evaluamos críticamente el diseño de PMAQ, a partir de una comparación con el marco de calidad y resultados de Inglaterra que, al igual que PMAQ, se implementó a escala con relativa rapidez dentro de un sistema de salud nacionalizado. Una característica clave de PMAQ era que el pago se basaba en el desempeño de los equipos de atención primaria, pero se otorgaban recompensas a los municipios, que tenían autonomía sobre cómo se podían utilizar los fondos. Esto significó que los incentivos sentidos por los equipos de salud familiar dependían de las decisiones municipales sobre si transferir los fondos como bonos y la base sobre la cual asignaban los fondos entre y dentro de los equipos. En comparación con el esquema P4P de Inglaterra, la medición del desempeño bajo PMAQ se centró más en la calidad de la atención estructural que en el proceso, se basó en muchos más indicadores y fue menos regular. Si bien PMAQ representó una nueva fuente de financiación importante para la atención primaria de salud, nuestra revisión sugiere que los incentivos teóricos generados no estaban claros y podrían haberse estructurado mejor para dirigir a los proveedores de salud hacia mejoras en la calidad de la atención. La medición del desempeño bajo PMAQ se centró más en la calidad de la atención estructural que en el proceso, se basó en muchos más indicadores y fue menos regular. Si bien PMAQ representó una nueva fuente de financiación importante para la atención primaria de salud, nuestra revisión sugiere que los incentivos teóricos generados no estaban claros y podrían haberse estructurado mejor para dirigir a los proveedores de salud hacia mejoras en la calidad de la atención.



<p>Apuntar: El objetivo de este estudio fue evaluar la viabilidad de la base de datos nacional electrónica de atención primaria de salud (APS) en Kirguistán para producir información sobre la carga de morbilidad de la población de pacientes y sobre los procesos y la calidad de la atención de las enfermedades no transmisibles (ENT) en la APS. .</p> <p>Fondo: El fortalecimiento de la APS es esencial para que los países de ingresos bajos y medianos (LMIC, por sus siglas en inglés) aborden la creciente carga de las ENT. El desarrollo de capacidades y la mejora de la calidad requieren datos oportunos sobre los procesos y la calidad de la atención.</p> <p>Métodos:: Se llevó a cabo una extracción de datos que abarcó cuatro clínicas de atención primaria de la salud en Bishkek en 2019 para probar el uso de los datos nacionales con fines de evaluación de la calidad. Los datos incluyeron información a nivel de paciente sobre todas las citas en las clínicas durante el año 2018 y consistieron en datos de un total de 48 564 pacientes. Los indicadores de evaluación del marco del Paquete de Intervenciones Esenciales para las ENT de la OMS se utilizaron para evaluar los indicadores de proceso y resultado de los pacientes con hipertensión o diabetes.</p> <p>Recomendaciones: Los datos extraídos permitieron la identificación de diferentes poblaciones de pacientes y el análisis de varios indicadores de procesos y resultados. La legibilidad de los datos fue buena y la base de datos estructurada permitió una fácil extracción de datos y formación de variables a nivel del paciente. Como ejemplo de indicadores de proceso y resultado de hipertensos, se midió la presión arterial al menos en dos ocasiones al 90% de las mujeres y al 89% de los hombres, y se logró el control de la presión arterial al 61% de las mujeres y al 53% de los hombres con hipertensión Este estudio mostró que un sistema bastante básico que recopila datos a nivel nacional de pacientes en una base de datos electrónica puede servir como una excelente fuente de información para las autoridades nacionales. Se deben realizar inversiones para desarrollar registros de salud electrónicos y bases de datos nacionales también en los LMIC.</p>
<p>Antecedentes: se ha demostrado que la práctica general de alta calidad brinda atención médica rentable y equitativa y mejora los resultados de salud. Sin embargo, actualmente no existe un conjunto de indicadores integrales acordados en Australia. Hemos desarrollado 79 indicadores basados en evidencia y sus correspondientes 129 medidas de práctica general de alta calidad. Este estudio tiene como objetivo lograr un consenso sobre indicadores y medidas relevantes y factibles para el contexto australiano.</p> <p>Métodos: Este estudio de consenso de Delphi, aprobado por el Comité de Ética de Investigación Humana de WSU, consta de tres rondas de encuestas en línea con expertos en medicina general, incluidos médicos generales, enfermeras de práctica y personal de la red de atención primaria de salud. Los indicadores y medidas identificados se agrupan bajo un marco de atributos alineado con el Objetivo Cuádruple, y luego se agrupan bajo estructuras, procesos y resultados de acuerdo con el marco de Donabedian. Los participantes calificarán cada indicador y medida según su relevancia y viabilidad, y proporcionarán comentarios y recomendaciones de indicadores o medidas adicionales. En la última ronda, también se les preguntará a los participantes su opinión sobre la implementación de una herramienta de indicadores de calidad. Cada indicador y medida requerirá un acuerdo de <math>\geq 70\%</math> tanto en relevancia como en viabilidad para lograr el consenso. Las calificaciones agregadas se analizarán estadísticamente para las tasas de respuesta, el nivel de acuerdo, las medianas, los rangos intercuartílicos y las clasificaciones de los grupos. Las respuestas cualitativas se analizarán temáticamente utilizando un enfoque mixto inductivo y deductivo.</p> <p>Discusión: Este protocolo se sumará al conocimiento actual de la traducción de las pautas de desempeño en la práctica de calidad en entornos clínicos complejos y en una variedad de contextos diferentes en la práctica general australiana. La técnica Delphi es apropiada para desarrollar consenso entre los diversos expertos debido a su capacidad para ofrecer anonimato a otros participantes y minimizar el sesgo. Los hallazgos contribuirán al diseño de una herramienta de evaluación de la práctica general de alta calidad que permitiría futuras reformas de atención primaria de salud en Australia.</p>
<p>La cobertura sanitaria universal (UHC) depende de un sólido sistema de atención primaria de la salud. Para tener éxito, la atención primaria de la salud debe expandirse a nivel de la comunidad y el hogar, ya que gran parte de la población mundial todavía carece de acceso a las instalaciones de salud para los servicios básicos. Abundante evidencia muestra que las intervenciones basadas en la comunidad son efectivas para mejorar la utilización y los resultados de la atención médica cuando se integran con servicios basados en instalaciones. La participación de la comunidad es la piedra angular de la atención primaria de salud local, equitativa e integrada. Las políticas y acciones para mejorar la atención primaria de salud deben considerar a los miembros de la comunidad como algo más que receptores pasivos de atención médica. En su lugar, deberían ser líderes con un papel sustantivo en la planificación, la toma de decisiones, la implementación y la evaluación. El avance de la ciencia de la atención primaria de salud requiere mejores marcos conceptuales y analíticos y preguntas de investigación. Las métricas utilizadas para evaluar la atención primaria de salud y la UHC se centran en gran medida en los resultados clínicos de salud y los insumos y actividades para lograrlos. Se presta poca atención a los indicadores de cobertura equitativa o medidas de bienestar general, propiedad, control o establecimiento de prioridades, o hasta qué punto las comunidades tienen agencia. En el futuro, las comunidades deben involucrarse más en la evaluación del éxito de los esfuerzos para expandir la atención primaria de salud. Gran parte de la atención primaria de la salud ha tenido lugar, y seguirá haciéndose, fuera de los establecimientos de salud. Involucrar a los miembros de la comunidad en las decisiones sobre las prioridades de salud y en la prestación de servicios basados en la comunidad es clave para mejorar los sistemas que promueven el acceso a la atención.</p>
<p>Importancia: en un sistema de múltiples pagadores, los nuevos incentivos de pago implementados por una aseguradora para una organización de atención responsable (ACO) también pueden afectar el gasto y la calidad de la atención para los afiliados de otra aseguradora atendidos por la ACO. Dichos efectos indirectos reflejan el alcance de los esfuerzos organizacionales para reformar la prestación de atención y pueden contribuir al impacto neto de las ACO.</p> <p>Objetivo: Examinamos si el Contrato de Calidad Alternativa (AQC, por sus siglas en inglés) de Blue Cross Blue Shield (BCBS, por sus siglas en inglés) de Massachusetts, una de las primeras iniciativas comerciales de la ACO asociada con la reducción del gasto y la mejora de la calidad para los afiliados al BCBS, también se asoció con cambios en el gasto y la calidad de Medicare beneficiarios, que no estaban cubiertos por el AQC.</p> <p>Diseño, entorno y participantes: comparaciones cuasi-experimentales entre 2007 y 2010 de beneficiarios de Medicare de pago por servicio de la tercera edad en Massachusetts (1 761 325 años-persona) atendidos por 11 organizaciones de proveedores que ingresaron al AQC en 2009 o 2010 (grupo de intervención) versus beneficiarios atendidos por otros proveedores (grupo de control). Usando un enfoque de diferencias en diferencias, estimamos los cambios en el gasto y la calidad para el grupo de intervención en el primer y segundo año de exposición al AQC en relación con los cambios concurrentes para el grupo de control. Se utilizaron métodos de propensión y regresión para ajustar las diferencias en las características sociodemográficas y clínicas.</p> <p>Principales resultados y medidas: El resultado primario fue el gasto médico trimestral total por beneficiario. Los resultados secundarios incluyeron el gasto por entorno y tipo de servicio, 5 medidas de proceso de calidad, hospitalizaciones potencialmente evitables y reingresos a los 30 días.</p> <p>Resultados: Antes de ingresar al AQC, el gasto trimestral total por beneficiario para el grupo de intervención fue de \$150 (IC del 95 %, \$25-\$274) más alto que para el grupo de control y aumentó a una tasa similar. En el año 2 de la exposición del grupo de intervención al AQC, esta diferencia se redujo a \$51 (95 % IC, -\$109 a \$210; P = 0,53), lo que constituye un cambio diferencial significativo de -\$99 (95 % IC, -\$183 a \$210). -\$16; P = 0,02) o un ahorro del 3,4 % en relación con una media trimestral esperada de \$2895. Los ahorros en el año 1 no fueron significativos (cambio diferencial, -\$34; IC del 95 %, -\$83 a \$16; P = 0,18). Los ahorros del año 2 se derivaron en gran medida de un menor gasto en atención ambulatoria (cambio diferencial, -\$73; IC del 95 %, -\$97 a -\$50; P &lt; 0,001), particularmente para beneficiarios con 5 o más afecciones, e incluyeron cambios diferenciales significativos en el gasto sobre procedimientos, imágenes, y pruebas Las tasas anuales de pruebas de colesterol de lipoproteínas de baja densidad mejoraron diferencialmente para los beneficiarios con diabetes en el grupo de intervención en 3,1 puntos porcentuales (IC del 95 %, 1,4-4,8 puntos porcentuales; P &lt; 0,001) y para aquellos con enfermedad cardiovascular en 2,5 puntos porcentuales ( IC del 95 %, 1,1 a 4,0 puntos porcentuales; P &lt; 0,001), pero el rendimiento en otras medidas de calidad no cambió de manera diferencial.</p> <p>Conclusiones y relevancia: el AQC se asoció con un gasto más bajo para los beneficiarios de Medicare, pero no con una calidad mejorada de manera constante. Los ahorros entre los beneficiarios de Medicare y los ahorros previamente demostrados entre los inscritos en BCBS variaron de manera similar entre entornos, servicios y tiempo, lo que sugiere que las respuestas organizacionales se asociaron con cambios amplios en la atención al paciente.</p>
<p>Antecedentes: La distribución equitativa de una fuerza laboral de salud calificada es fundamental para la prestación de servicios de salud. El estado de Kaduna ha tomado medidas importantes para renovar el sistema de atención primaria de la salud a fin de garantizar el acceso a la atención médica para su población. Sin embargo, estas inversiones aún no han dado los resultados deseados debido a la escasez de personal sanitario y la distribución desigual de los disponibles.</p> <p>Métodos:Se llevó a cabo un estudio de indicador de carga de trabajo para la necesidad de personal (WISN) en el nivel de atención primaria de salud del estado de Kaduna. El estudio se centró en estimar las necesidades de personal; Enfermeras/parteras y profesionales de la salud comunitaria, funcionarios de salud comunitaria, trabajadores de extensión de salud comunitaria y trabajadores de extensión de salud comunitaria subalternos en todos los centros de atención primaria de salud priorizados por el gobierno. En el estudio se incluyeron un total de diez establecimientos de atención primaria de salud focales en el Área de Gobierno Local (LGA) del Norte de Kaduna.</p> <p>Resultados:Los hallazgos del estudio revelaron una escasez de enfermeras/parteras y trabajadores de salud comunitarios en las instalaciones del estudio. Para la categoría de personal de Enfermera/Partera, nueve de los diez PHC tienen una relación WISN &lt; 1, lo que indica que la cantidad de personal en la categoría de Enfermera/Partera es insuficiente para hacer frente a la carga de trabajo. En dos de los diez establecimientos de atención primaria de salud, hay un exceso en el número de CHW disponibles; se calculó una relación WISN &gt; 1.</p> <p>Conclusión:El estudio de WISN destaca las necesidades de personal en los centros de atención primaria de salud priorizados por el gobierno del estado de Kaduna. Esta evidencia establece la base para aplicar un enfoque basado en evidencia para determinar las necesidades de personal en todo el sector de atención primaria de la salud en el estado para guiar las estrategias de planificación de la fuerza laboral y las futuras inversiones en el sector de la salud. La herramienta WISN de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es útil para estimar las necesidades de personal requeridas para hacer frente a las presiones de la carga de trabajo, particularmente en un entorno con recursos limitados como el estado de Kaduna.</p>
<p>Métodos: Realizamos un estudio observacional transversal en 12 centros de APS en 6 gobernaciones de Omán durante el período de junio de 2017 a junio de 2018. Datos secundarios de los registros médicos computarizados de los centros de APS sobre seis indicadores clave, accesibilidad, carga de trabajo, resultados Se analizaron la salud, la puntualidad, la satisfacción y la seguridad para evaluar el desempeño del servicio de APS e identificar los desafíos enfrentados y proponer pasos para mejorar aún más el servicio.</p> <p>Resultados: Las puntuaciones medias generales de los KPI en los diez centros de atención primaria de la salud fueron 174,5 (DE: 9,80) o 67,01 %. Las puntuaciones globales se distribuyeron normalmente con una mediana de 175 (IQR: 171-181). La puntuación porcentual más baja la obtuvo Al Qabil (61,35 %), siendo la puntuación más alta Wadi Kabir (70,54 %). La puntuación media en todos los KPI fue de 3,84 (SD:0,94) con una mediana de puntuación de 3,9 (IQR: 3,43-4,5). De los seis componentes de KPI, la seguridad (4,85), la satisfacción (4,67), la puntualidad (4,44) y la accesibilidad (4,31) obtuvieron las puntuaciones de rendimiento más altas, mientras que la carga de trabajo (4,15) y los resultados (3,75) quedaron rezagados.</p> <p>Conclusiones: El rendimiento en los KPI exhibió una variación considerable entre las instalaciones, con una carga de trabajo y un rendimiento inferior al de otros componentes. Los hallazgos de este estudio ofrecieron una medida de las fortalezas internas que deben sostenerse, los desafíos que requieren iniciativas de mejora de la calidad y los factores externos, como los determinantes sociales que afectan el desempeño general de la APS.</p>
<p>Métodos: Se utilizó un diseño cuasi-experimental de diferencias en diferencias para comparar los cambios en la salud médica general entre los consumidores atendidos en tres clínicas de PBHCI (N=322) y tres clínicas que fueron seleccionadas como sitios de control emparejados (N=469). Se utilizó la ponderación de la puntuación de propensión para ajustar las diferencias iniciales entre las poblaciones de PBHCI y las clínicas de control. Los datos de referencia se recopilaron entre 2010 y 2012; los datos de seguimiento se recopilaron aproximadamente un año después. Los resultados médicos generales incluyeron presión arterial; índice de masa corporal; niveles de colesterol, triglicéridos y glucosa en sangre o HbA1c; y tabaquismo autoinformado.</p> <p>Resultados: en comparación con los consumidores atendidos en las clínicas de control, los consumidores de PBHCI tuvieron mejores resultados para el colesterol: las reducciones promedio en el colesterol total fueron mayores en 36 mg/dL (p&lt;.01), las reducciones promedio en el colesterol de lipoproteínas de baja densidad fueron mayores en 35 mg /dl (p &lt; 0,001), y los aumentos medios del colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad fueron superiores en 3 mg/dl (p &lt; 0,05). No se observaron efectos significativos de PBHCI para los otros indicadores de salud.</p> <p>Conclusiones: Aproximadamente un año de tratamiento con PBHCI dio como resultado mejoras estadística y potencialmente clínicamente significativas en el colesterol, pero no en otros resultados médicos generales examinados. Es posible que se necesite una implementación más rigurosa de la atención integrada en entornos comunitarios de salud conductual para mejorar aún más la salud de los adultos con enfermedades mentales graves.</p>

<p>Fondo: Los sistemas de salud utilizan programas de gestión de la salud de la población para mejorar la calidad de la atención de las enfermedades cardiovasculares. Agregar un coordinador de salud de la población (PHC, por sus siglas en inglés) dedicado que identifique y se comunique con los pacientes que no cumplen con los objetivos de atención cardiovascular en estos programas puede ayudar a reducir las disparidades en la atención cardiovascular.</p> <p>Objetivo: Determinar si un programa que usó PHC redujo las disparidades raciales/étnicas en el control del colesterol LDL y la presión arterial (PA).</p> <p>Diseño: Análisis retrospectivo de diferencias en diferencias.</p> <p>Participantes: Doce mil quinientos cincuenta y cinco pacientes de atención primaria con enfermedad cardiovascular (cohorte para análisis de LDL) y 41.183 con hipertensión (cohorte para análisis de PA).</p> <p>Intervención: Del 1 de julio de 2014 al 31 de diciembre de 2014, 18 consultorios utilizaron un sistema de tecnología de la información (TI) para identificar a los pacientes que no cumplieran con los objetivos de LDL y BP; 8 prácticas también recibieron un PHC. Examinamos si tener el PHC más el sistema de TI, en comparación con tener solo el sistema de TI, redujo las disparidades raciales/étnicas, utilizando un análisis de diferencias en diferencias de los datos recopilados antes y después de la implementación del programa.</p> <p>Principales Medidas: Cumplir con las metas de LDL y BP concordantes con las pautas.</p> <p>Resultados clave: Al inicio del estudio, hubo disparidades raciales/étnicas en el cumplimiento de LDL (p = 0,007) y BP (p = 0.0003) metas. Al comparar las prácticas con y sin un PHC, y teniendo en cuenta el control de LDL antes de la intervención, los pacientes blancos no hispanos en las prácticas de PHC tenían mejores probabilidades de control de LDL (OR 1,20, IC del 95 %: 1,09–1,32) en comparación con aquellos en prácticas que no eran de PHC. Los pacientes negros no hispanos (OR 1,15 IC del 95 % 0,80–1,65) e hispanos (OR 1,29 IC del 95 % 0,66–2,53) observaron mejoras similares, pero no significativas, en el control de LDL. Para el control de la PA, los pacientes blancos no hispanos en prácticas de APS (frente a no APS) mejoraron (OR 1,13, IC del 95 %: 1,05–1,22). Los pacientes negros no hispanos (OR 1,17, IC del 95 %: 0,94–1,45) observaron mejoras similares, pero no estadísticamente significativas, en el control de la PA, pero los pacientes hispanos (OR 0,90, IC del 95 %: 0,59–1,36) no. Las pruebas de interacción confirmaron que las disparidades no disminuyeron (p = 0,73 para LDL y p = 0,69 para PA).</p> <p>Conclusiones: La intervención de gestión de la salud de la población no disminuyó las disparidades. Los esfuerzos adicionales deben apuntar explícitamente a mejorar tanto la equidad como la calidad de la atención médica.</p>
<p>Fondo: El ensayo DiRECT evaluó la remisión de la diabetes tipo 2 durante un programa de control de peso dirigido por atención primaria. Al año, 68 (46 %) de 149 participantes de la intervención estaban en remisión y 36 (24 %) habían logrado una pérdida de peso de al menos 15 kg. El objetivo de este análisis de 2 años es evaluar la durabilidad del efecto de la intervención.</p> <p>Métodos: DiRECT es un ensayo controlado, abierto, aleatorizado por grupos, realizado en prácticas de atención primaria en el Reino Unido. Los consultorios se asignaron al azar (1:1) a través de una lista generada por computadora para proporcionar un programa de control de peso estructurado integrado (intervención) o atención de mejores prácticas de acuerdo con las pautas (control), con estratificación por sitio de estudio (Tyneside o Escocia) y practique el tamaño de la lista (&gt;5700 o ≤5700 personas). La asignación se ocultó a los estadísticos del estudio; los participantes, los cuidadores y los asistentes de investigación del estudio conocían la asignación. Reclutamos individuos de 20 a 65 años de edad, con menos de 6 años de duración de diabetes tipo 2, IMC de 27 a 45 kg/m<sup>2</sup>, y no recibir insulina entre el 25 de julio de 2014 y el 5 de agosto de 2016. La intervención consistió en la retirada de antidiabéticos y antihipertensivos, sustitución total de la dieta (dieta de fórmula de 825-853 kcal por día durante 12-20 semanas), reintroducción escalonada de alimentos (2 a 8 semanas), y luego apoyo estructurado para el mantenimiento de la pérdida de peso. Los resultados coprimarios, analizados jerárquicamente en la población por intención de tratar a los 24 meses, fueron la pérdida de peso de al menos 15 kg y la remisión de la diabetes, definida como HbA<sub>1c</sub> inferior al 6,5 % (48 mmol/mol) después de la suspensión de fármacos antidiabéticos al inicio (la remisión se determinó de forma independiente a los 12 y 24 meses). El ensayo está registrado en el registro ISRCTN, número 03267836, y el seguimiento está en curso.</p> <p>Recomendaciones</p> <p>La población por intención de tratar consistió en 149 participantes por grupo. A los 24 meses, 17 (11 %) participantes de la intervención y tres (2 %) participantes del control tuvieron una pérdida de peso de al menos 15 kg (odds ratio ajustado [aOR] 7,49, IC del 95 %: 2,05 a 27,32; p=0.0023) y 53 (36%) participantes de la intervención y cinco (3%) participantes del control tuvieron remisión de la diabetes (aOR 25.82, 8.25 a 80.84; p&lt;0.0001). La diferencia media ajustada entre los grupos de control e intervención en el cambio de peso corporal fue de -5,4 kg (IC del 95 %: -6,9 a -4,0; p&lt;0,0001) y en HbA<sub>1c</sub> fue de -4,8 mmol/mol (-8,3 a -1,4 [-0,44 % (-0,76 a -0,13)]; p=0,0063), a pesar de que solo 51 (40 %) de 129 pacientes en el grupo de intervención que usaban medicación antidiabética en comparación con 120 (84 %) de 143 en el grupo de control. En un análisis post-hoc de toda la población del estudio, de los participantes que mantuvieron una pérdida de peso de al menos 10 kg (45 de 272 con datos), 29 (64 %) lograron la remisión; 36 (24%) de 149 participantes en el grupo de intervención mantuvieron al menos 10 kg de pérdida de peso. Los eventos adversos graves fueron similares a los informados a los 12 meses, pero fueron menores en el grupo de intervención que en el grupo de control en el segundo año del estudio (nueve frente a 22).</p> <p>Interpretación: El programa DiRECT mantuvo remisiones a los 24 meses para más de un tercio de las personas con diabetes tipo 2. La remisión sostenida se vinculó con el grado de pérdida de peso sostenida.</p>
<p>Método Encuesta transversal en profundidad de los médicos generales de BFG HS. Se solicitó a los participantes que evaluaran los 19 dominios clínicos QOF (80 indicadores clínicos) e indicaran en qué medida eran aplicables para BFG HS (escala Likert 1 - 5). Se documentó la tasa de respuesta. Se calculó la confiabilidad alfa de Cronbach y se realizó una comparación de las respuestas medias de las prácticas de entrenamiento y no entrenamiento.</p> <p>Resultados La tasa de respuesta fue del 80% (28/35). El alfa de Cronbach fue de 0,91. La puntuación media tanto para las prácticas formativas como para las no formativas fue de 3,9. En base a la puntuación media los indicadores aplicables fueron (en orden descendente): Hipotiroidismo (media 4,6, intervalo de confianza del 95% 4,5 - 4,8), Hipertensión (4,6, 4,5- 4,8), Asma (4,3, 4,2- 4,5), Diabetes mellitus (4.3, 4.2- 4.3), Obesidad (4.1, 4.0- 4.2), Cardiopatía Crónica (4.1, 3.9- 4.2), Epilepsia (4.0, 3.9- 4.2) y Tabaquismo (4.0, 3.7- 4.2). Los problemáticos fueron (medias descendentes): Cáncer (3.9, 3.6- 4.2), Accidente cerebrovascular y AIT (3.8, 3.7- 4.0), Fibrilación auricular (3.6, 3.3- 3.8), Problemas de aprendizaje (3.5, 3.1- 4.0), Enfermedad renal crónica (3.5, 3.3- 3.8), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (3.5, 3.3- 3.7), Salud mental (3.5, 3.3- 3.6), Insuficiencia cardíaca (3.4, 3.1- 3.7), Depresión (3.2, 2.8- 3.5) y Cuidados paliativos (3.2, 2.7- 3.6). No se aplicó Demencia (2.4, 2.0-2.8).</p> <p>Conclusión Este estudio muestra que varios pero no todos los indicadores clínicos QOF son aplicables en BFG HS. Por lo tanto, QOF no se puede transferir directamente a BFH HS y se requiere un marco de calidad adaptado.</p>
<p>Métodos: Se realizaron búsquedas en cuatro bases de datos médicas electrónicas (Medline, Embase, CINAHL y Web of Science) y publicaciones de literatura gris utilizando términos y palabras clave relacionadas con las guías, QI, RA y CVD (AR y literatura de población general buscada). Los resúmenes fueron seleccionados para su inclusión y calificados utilizando el instrumento Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II de forma independiente por 2 de 3 revisores.</p> <p>Resultados: En total, se examinaron 16.064 resúmenes y 808 se sometieron a una revisión de texto completo. Se incluyeron un total de 17 guías y 3 conjuntos de QI publicados entre 2008 y 2013. Surgieron varios temas consistentes, incluido el aumento del riesgo CV que enfrentan los pacientes con AR y la necesidad de abordar los factores de riesgo modificables de manera regular. También se destacó el rol del equipo multidisciplinario en la optimización del riesgo. Diez guías proporcionaron recomendaciones para la prevención de ECV en pacientes con AR. Desafortunadamente, la mayoría de las recomendaciones carecían de la especificidad necesaria para determinar el cumplimiento de la recomendación. Solo se identificaron 4 QI de ECV específicos de la AR (1 detección de comorbilidad general, estimación formal del riesgo de ECV, ejercicio y minimización del uso de esteroides).</p> <p>Conclusión: La detección periódica de factores de riesgo de ECV es una parte importante de la atención en pacientes con AR. Desafortunadamente, los QI de CVD específicos de AR existentes no abordan adecuadamente el manejo de los factores de riesgo, y las recomendaciones de las guías existentes carecen de especificidad para la medicación y el uso en iniciativas de mejora de la calidad.</p>
<p>La atención médica de las personas con VIH está pasando de la atención especializada al sistema de atención primaria de la salud (APS). Sin embargo, muchos de los indicadores de desempeño utilizados para medir la calidad de la atención del VIH son anteriores a esta transición. El objetivo de este trabajo fue examinar cómo los indicadores de desempeño de la atención del VIH existentes miden la atención integral y longitudinal que se ofrece en un entorno de APS. Se realizó una revisión de alcance que consistió en búsquedas de literatura gris y revisadas por pares. Dos revisores evaluaron la elegibilidad del estudio y los indicadores en los documentos que cumplieron con los criterios de inclusión se extrajeron en una base de datos. Los indicadores se compararon con un marco de medición del desempeño de la APS para determinar su aplicabilidad para evaluar la calidad de la atención en el entorno de la APS. La búsqueda bibliográfica identificó 221 publicaciones, de las cuales 47 cumplieron con los criterios de inclusión. Se extrajeron 1184 indicadores y la eliminación de duplicados dejó 558 indicadores únicos. La mayoría de los 558 indicadores caían dentro de los dominios de 'prevención secundaria' (12%) y 'atención de condiciones crónicas' (33%) cuando los indicadores se emparejaron con el marco de desempeño de la APS. A pesar del desequilibrio, casi todos los dominios de desempeño en el marco de la APS estaban poblados por al menos un indicador con concentraciones significativas en dominios como la relación paciente-proveedor, la satisfacción del paciente, las características de la población y la comunidad y el acceso a la atención. Los marcos de desempeño existentes para la atención de las personas con VIH brindan un conjunto integral de indicadores que se alinean bien con un marco de desempeño de la APS. No obstante, algunos elementos importantes de la atención, como los resultados informados por los pacientes, están mal cubiertos por los indicadores existentes.</p>
<p>Antecedentes: Los indicadores de calidad son aspectos medidos de la atención médica, que reflejan el desempeño de un proveedor de atención médica o un sistema de atención médica. Tienen un papel crucial en los programas para evaluar y mejorar la atención médica. Se han desarrollado muchas medidas de rendimiento para la atención primaria. Únicamente el modelo catalán de seguridad del paciente en atención primaria identifica dominios clave de la seguridad del paciente en atención primaria.</p> <p>Objetivo: Presentar un marco internacional de indicadores de seguridad del paciente en atención primaria.</p> <p>Métodos: Revisión de la literatura y encuesta Delphi online, partiendo del modelo catalán.</p> <p>Resultados : Se presenta un conjunto de 30 temas, identificados por un panel internacional y organizados según el modelo catalán de seguridad del paciente en atención primaria. La mayoría de las áreas temáticas se refirieron a procesos clínicos específicos; los temas adicionales fueron liderazgo, gestión de personas, asociación y recursos.</p> <p>Conclusión : el marco se puede utilizar para organizar el desarrollo de indicadores y guiar el trabajo adicional en el campo.</p>
<p>Fondo: Los sistemas computarizados de apoyo a la toma de decisiones (CDSS) se utilizan cada vez más para mejorar la calidad de la atención. Hay evidencia de efectos moderados a grandes de ensayos controlados aleatorios (ECA), pero falta evidencia sobre su efectividad cuando se implementa a nivel nacional. En los Países Bajos, el Colegio Holandés de Médicos Generales (NHG) inició su exitoso programa de directrices hace ya 30 años. NHGDoc, un CDSS basado en estas pautas de NHG, que cubre múltiples áreas de enfermedades para la práctica general, se desarrolló en 2006 con el objetivo de mejorar la calidad de la atención primaria. En este documento, se presenta un protocolo para evaluar la aceptación y los efectos de NHGDoc.</p> <p>Métodos: Se llevará a cabo un RCT grupal entre 120 prácticas generales en los Países Bajos. Los médicos generales elegibles serán asignados al azar para recibir los módulos regulares de apoyo a la toma de decisiones de NHGDoc (brazo de control) o los módulos regulares más un módulo adicional sobre insuficiencia cardíaca (brazo de intervención). El módulo de insuficiencia cardíaca consta de alertas específicas de pacientes relacionadas con el tratamiento de pacientes con insuficiencia cardíaca. La evaluación del efecto se centrará en los indicadores de rendimiento (p. ej., comportamiento de prescripción), así como en los resultados de los pacientes (p. ej., ingresos hospitalarios) relevantes en el dominio de la insuficiencia cardíaca. Además, se llevará a cabo una evaluación del proceso para obtener información sobre las barreras y los facilitadores que afectan la aceptación y el impacto de NHGDoc.</p> <p>Discusión: Los resultados de este estudio proporcionarán información sobre la aceptación y el impacto de un CDSS que cubre múltiples dominios para la atención primaria implementado por una organización nacional de directrices para mejorar la calidad de la atención primaria. Si bien el ensayo se centra en un dominio específico de la atención, la insuficiencia cardíaca, las conclusiones de este estudio arrojarán luz sobre el funcionamiento de los CDSS que cubren múltiples áreas de enfermedades para la atención primaria, particularmente porque este estudio también explora los factores que contribuyen a la aceptación y eficacia del sistema.</p>

<p>Introducción: Las medidas de resultados están siendo ampliamente utilizadas por los servicios sanitarios para evaluar la calidad de la atención sanitaria. Disponer de una batería de indicadores de resultados de alta validez y factibilidad y que además sean de utilidad resulta de gran importancia. Así, el objetivo de este trabajo es realizar una revisión de revisiones para identificar indicadores de resultado susceptibles del ámbito de atención primaria.</p> <p>Metodología: Se realizó una revisión de revisiones sistemáticas (umbrella review) en la que se consultaron las siguientes bases de datos: MedLine, EMBASE y CINAHL, mediante descriptores y términos libres, limitando las búsquedas a documentos publicados en inglés o castellano. Además, se realizaron búsquedas mediante términos libres en diferentes páginas web. Se incluyeron aquellas revisiones que ofreciesen indicadores susceptibles de ser utilizados en el ámbito de la atención primaria.</p> <p>Resultados: Se incluyeron 5 revisiones sobre indicadores en atención primaria, que recopilaban indicadores sobre los siguientes ámbitos o procesos clínicos: atención en osteoartritis, atención a la cronicidad, asma infantil, efectividad clínica e indicadores sobre seguridad de prescripción. Se identificaron un total de 69 indicadores de resultados, oscilando el porcentaje de indicadores de resultados sobre el total entre el 0 y el 92,8%, según la revisión analizada. Ninguna de las revisiones identificadas realizó un análisis del control de medición (factibilidad o sensibilidad al cambio de los indicadores).</p>
<p>Conclusiones</p> <p>Este trabajo ofrece un conjunto de 69 indicadores de resultados que han sido identificados y posteriormente validados y priorizados mediante un panel de expertos.</p>
<p>Los indicadores de calidad se definen como medidas nominales, ordinales o cuantitativas de la calidad de la atención médica para brindar una atención médica efectiva, segura y centrada en el ser humano. Son las herramientas más importantes en el control de la calidad. Los indicadores de calidad se utilizan ampliamente en muchos países, incluido Türkiye, para evaluar y mejorar la calidad de la atención en el sistema de salud. Los indicadores de calidad en la atención primaria en Türkiye comenzaron a ser implementados en 2017 por el Ministerio de Salud con el proyecto Turquía de Indicadores de Calidad de la Atención Médica de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Según este proyecto, Turquía incluye 9 categorías. Estos son Atención primaria de salud (ingresos hospitalarios prevenibles), Atención primaria (prescripción), Atención aguda, Servicios de salud mental, Seguridad del paciente, Experiencias del paciente, Atención del cáncer, Atención de enfermedades infecciosas, Servicios de Salud para la Demencia. La Categoría de Atención Primaria tiene siete indicadores de calidad. Aunque se introdujo en 2017, no se usa mucho en atención primaria. La atención primaria juega un papel importante en la promoción de la atención de la salud. Por lo tanto, el uso de indicadores de calidad será útil en este proceso</p>
<p>En la actualidad, la evaluación de la calidad de los servicios de salud, especialmente en la Atención Primaria de Salud (APS), es cada vez más importante. En una perspectiva histórica, el Departamento de Salud (Reino Unido) desarrolló y propuso una serie de indicadores en 1998, y últimamente varias organizaciones sanitarias, sociales y políticas han definido e implementado diferentes conjuntos de indicadores de calidad de la APS. Se informan algunas revisiones sistemáticas de los indicadores de calidad de la APS, pero solo en contextos y condiciones específicos. El objetivo de este estudio es caracterizar y proporcionar una lista de indicadores discutidos en la literatura para apoyar a los administradores y médicos en los procesos de toma de decisiones, a través de una revisión general de los indicadores de calidad de la APS. La metodología se realizó de acuerdo a la Declaración PRISMA. Los indicadores de 33 revisiones sistemáticas elegibles se clasificaron según las dimensiones de atención, función, tipo de atención, dominios y contextos de condición. De un total de 727 indicadores o grupos de indicadores, el 74,5% (n = 542) se clasificaron en categoría de proceso y el 89,5% (n = 537) en tipo de atención crónica (n = 428; 58,8%) y dominio efectivo (n = 423; 58,1%) con los valores más frecuentes en las categorizaciones por dimensiones. Los resultados de este resumen de revisiones son valiosos e implican la necesidad de futuras investigaciones y prácticas sobre indicadores de calidad de la atención primaria de salud en las más variadas condiciones y contextos para generar nuevas discusiones sobre su uso, comparación e implementación. El 5% (n = 542) se clasificaron en categoría de proceso y el 89,5% (n = 537) con tipo de atención crónica (n = 428; 58,8%) y dominio efectivo (n = 423; 58,1%) con los valores más frecuentes en categorizaciones por dimensiones. Los resultados de este resumen de revisiones son valiosos e implican la necesidad de futuras investigaciones y prácticas sobre indicadores de calidad de la atención primaria de salud en las más variadas condiciones y contextos para generar nuevas discusiones sobre su uso, comparación e implementación.</p>
<p>Antecedentes El cuidado de la salud infantil es una parte importante de la carga de trabajo de la práctica general del Reino Unido; en 2009 los menores de 15 años representaron el 10,9% de las consultas. Sin embargo, solo el 1,2% de los puntos de incentivos de pago por desempeño del Marco de Calidad y Resultados del Reino Unido se relacionan específicamente con los niños.</p> <p>Objetivo Mejorar la calidad de la atención brindada a niños y adolescentes mediante la definición de un conjunto de indicadores de calidad que reflejen las pautas nacionales basadas en evidencia y que sean factibles de auditar utilizando registros clínicos informatizados de rutina.</p> <p>Diseño y establecimiento de una metodología de consenso de varios pasos en la práctica general del Reino Unido.</p> <p>Método Proceso de desarrollo de cuatro pasos: selección de temas prioritarios (aplicando la metodología de grupo nominal), revisión sistemática de las guías clínicas del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) y de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), traducción de las recomendaciones de las guías en indicadores de calidad, y evaluación de su validez y factibilidad de implementación (aplicando la metodología de consenso utilizada en la selección de indicadores QOF).</p> <p>Resultados De las 296 guías nacionales publicadas, 48 eran potencialmente relevantes para los niños en atención primaria, pero solo 123 de 1863 recomendaciones (6,6%) cumplieron con los criterios de selección para la traducción en 56 indicadores de calidad potenciales. Se articularon otros 13 indicadores potenciales después de la revisión de los indicadores y estándares de calidad existentes. La evaluación de la validez y viabilidad de la implementación de estos 69 indicadores candidatos por parte de un grupo de expertos clínicos identificó 35 con puntuaciones medianas de 8 en una escala de Likert de 9 puntos. Sin embargo, solo siete de los 35 lograron una calificación GRADE &gt; 1 (se basaron en más que la opinión de expertos).</p> <p>Conclusión Producir indicadores válidos de calidad de atención primaria para niños es factible pero difícil. Estos indicadores requieren pruebas piloto antes de su adopción generalizada, pero tienen el potencial de elevar el nivel de atención primaria para todos los niños.</p>
<p>Los datos han indicado que los países con un sólido sistema de Atención Primaria de Salud (APS) tienen más probabilidades de tener sistemas de salud eficientes y mejores resultados de salud que los países que se enfocan fuertemente en los servicios hospitalarios. El objetivo del artículo fue revisar sistemáticamente los proyectos de calidad implementados y utilizados para la evaluación de la calidad en los servicios de APS. Se realizó una revisión sistemática de la literatura a través de MEDLINE para identificar artículos referentes a proyectos de evaluación de la calidad de la APS internacionales o nacionales, publicados en inglés entre 1990 y 2010. Se incluyeron proyectos si se habían implementado, tenían un enfoque holístico y reportaban especificaciones de los indicadores de calidad. usado. Dieciséis publicaciones se consideraron elegibles para análisis adicionales, en referencia a 10 proyectos relevantes y un total de 556 indicadores. El número y el contenido de los indicadores y sus dominios variaron entre proyectos. Con respecto a los datos sin procesar, la falta de estandarización de las herramientas de recopilación entre proyectos podría dar lugar a comparaciones no válidas. En áreas donde los proyectos internacionales operan en paralelo a las iniciativas nacionales, puede haber problemas con respecto a los gastos y la carga de la recopilación de datos, lo que podría crear intereses contrapuestos y baja calidad de la información. Se requieren más acciones para la alineación de los proyectos de calidad en atención primaria de salud, para que los resultados futuros sean comparables. lo que podría crear intereses contrapuestos y baja calidad de la información. Se requieren más acciones para la alineación de los proyectos de calidad en atención primaria de salud, para que los resultados futuros sean comparables.</p>
<p>Métodos Realizamos una búsqueda sistemática de bases de datos electrónicas, literatura gris y referencias de artículos sobre el desarrollo de indicadores de calidad de atención para el monitoreo de rutina en todos los entornos y poblaciones de atención médica, publicados en inglés entre 2010 y 2020. Utilizamos métodos bien establecidos para la selección de artículos y selección, extracción y gestión de datos. Los resultados se resumieron mediante un análisis descriptivo y una síntesis narrativa.</p> <p>Resultados Los 221 artículos seleccionados procedían en su mayoría de entornos de ingresos altos (89 %), en particular de EE. UU. (46 %), Canadá (9 %), Reino Unido (9 %) y Europa (17 %). Los indicadores de calidad de la atención se desarrollaron principalmente para proveedores de atención médica (56 %), para evaluación comparativa o garantía de calidad (37 %) y mejora de la calidad (29 %), en hospitales (32 %) y atención primaria (26 %), en muchas enfermedades. Los términos 'indicador de calidad' y 'medida de calidad' fueron los términos más frecuentes (50% y 21%, respectivamente). Los enfoques sistemáticos para el desarrollo de indicadores de calidad de atención surgieron dentro de los sistemas nacionales de calidad de atención oa través de colaboraciones entre países en entornos de altos ingresos. Los estudios de salud materna, neonatal e infantil (33 %), salud mental (26 %) y atención primaria (57 %) aplicaron la mayoría de los componentes de los enfoques sistemáticos, pero no de manera consistente o rigurosa.</p> <p>Discusión La evidencia actual muestra variaciones en los conceptos y enfoques para desarrollar indicadores de calidad de atención, con desarrollo y aplicación principalmente en países de altos ingresos.</p> <p>Conclusión Se necesitan esfuerzos adicionales para proponer marcos conceptuales y métodos de "mejores prácticas" para desarrollar indicadores de calidad de la atención para mejorar su utilidad en la medición de la salud global.</p>
<p>Se plantea la identificación y evaluación de indicadores de actividad asistencial específicos de atención primaria y medicina de familia, de las Consejerías de Salud autonómicas, analizando sus experiencias. Se ha desarrollado un estudio observacional descriptivo de información asistencial en webs institucionales y su disponibilidad, accesibilidad y calidad, ofrecida entre 2015-2020. Se ha conformado una muestra de 19 webs. La información es de libre acceso, agregada a nivel regional/área, actualizada (2018) y mostrada en «pdf». Por sexo y edad solo distinguen Cataluña y Valencia. Indicadores más utilizados: tarjetas asignadas, frecuentación y presión asistencial. Indicadores promedio por comunidad: 6. Se han mostrado las experiencias relevantes por cada CC. AA. destacando Cataluña y Madrid al ofrecer calidad asistencial y resultados en salud. El debate constructivo se centra en ofrecer una propuesta coordinada de información sobre calidad y resultados en salud, accesible, relevante, comprensible y actualizada, aprendiendo de las mejores prácticas actuales.</p>









Descartado	Ingresa
1	
1	
1	
1	
1	
1	

Descripción de artículos descartados  
 1. Por año < 2019.  
 2. Duplicado  
 3. Idioma  
 4. Acceso a texto completo restringido  
 5. No describen Indicadores específicos.

1	
1	
1	
3	
5	
2	
2	
2	
2	
1	

1	
1	
1	
1	
1	
1	

1	
1	
1	

1	
1	

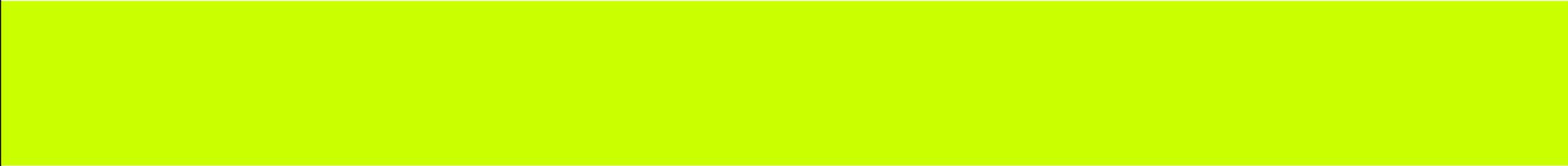
4	



1	
1	

1	


1	
1	
1	



1	
1	

1	
1	

1	
1	
1	
1	
1	
1	









