

La Residencia de Medicina de Familia de Duke

**Diálogo Virtual sobre la formación de
especialistas en Medicina Familiar en el marco de
la Cobertura Universal de Salud.**

Observatorio de Recursos Humanos

**Organización Panamericana de la Salud
17 de Julio de 2014**



DUKE UNIVERSITY MEDICAL CENTER & HEALTH SYSTEM

- Viviana Martinez-Bianchi, MD, FAAFP
- Directora de la Residencia de Medicina Familiar
- Contacto:
Viviana.martinezbianchi@duke.edu
- Twitter: @vivimbmd



Mision del Departamento de Medicina Comunitaria y Familiar de Duke University

*Mejorar la salud de las
personas en sus comunidades*



Objetivo de la Residencia

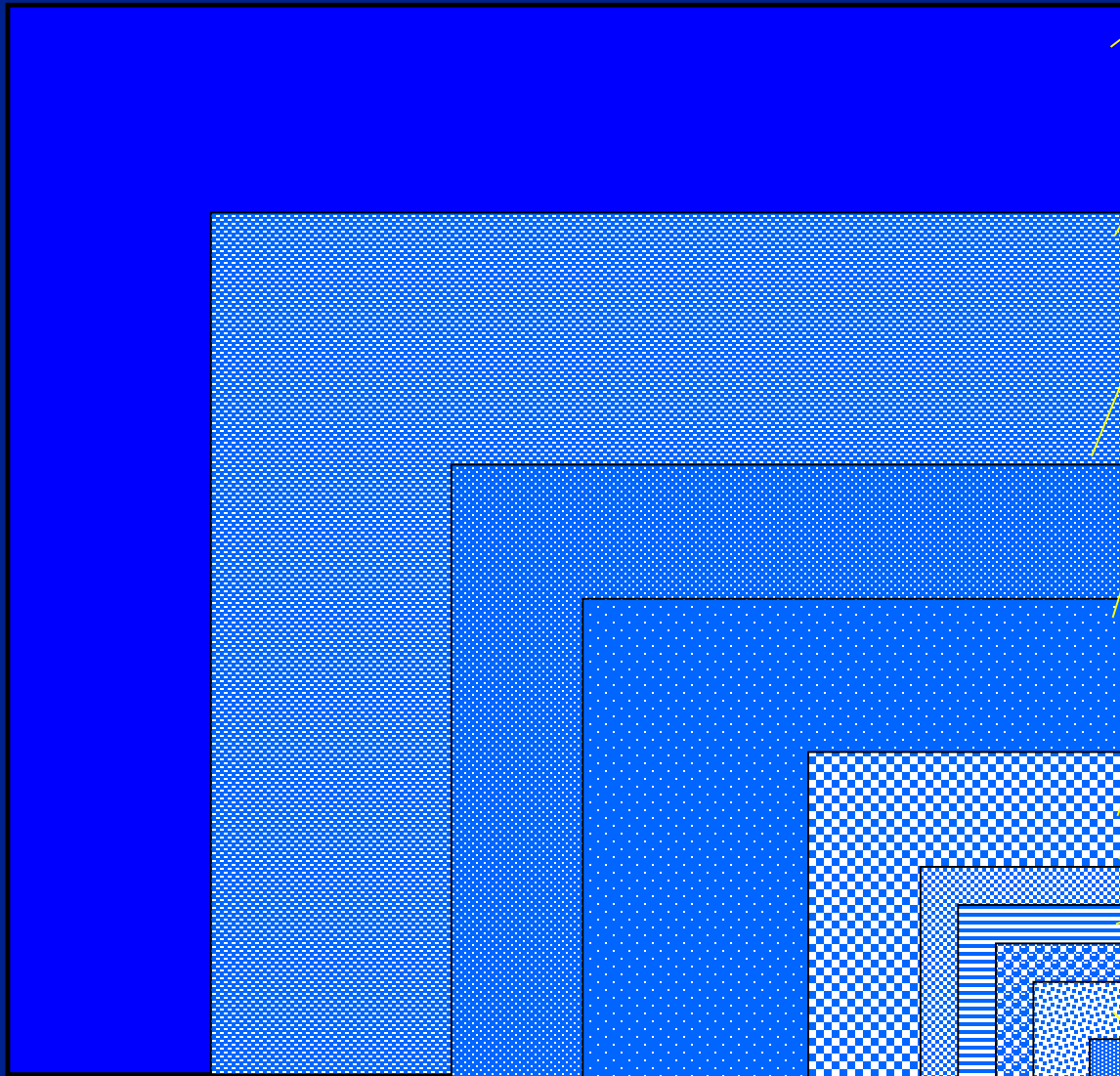
Entrenar médicos de familia líderes que se asocian con sistemas de atención de salud y equipos comunitarios para satisfacer las necesidades de salud de los pacientes y las poblaciones.



**¿Por qué este cambio
de un énfasis
individual/familiar y
hospitalario al
envolvimiento
comunitario y
poblacional?**



En un mes



1000 personas

800 tienen síntomas

327 consideran recibir cuidado medico

217 visitan un consultorio médico
113 visitan una clínica de atención primaria

65 visitan clínica alternativa

21 visitan una clínica ambulatoria hospitalaria

14 reciben visita domiciliaria

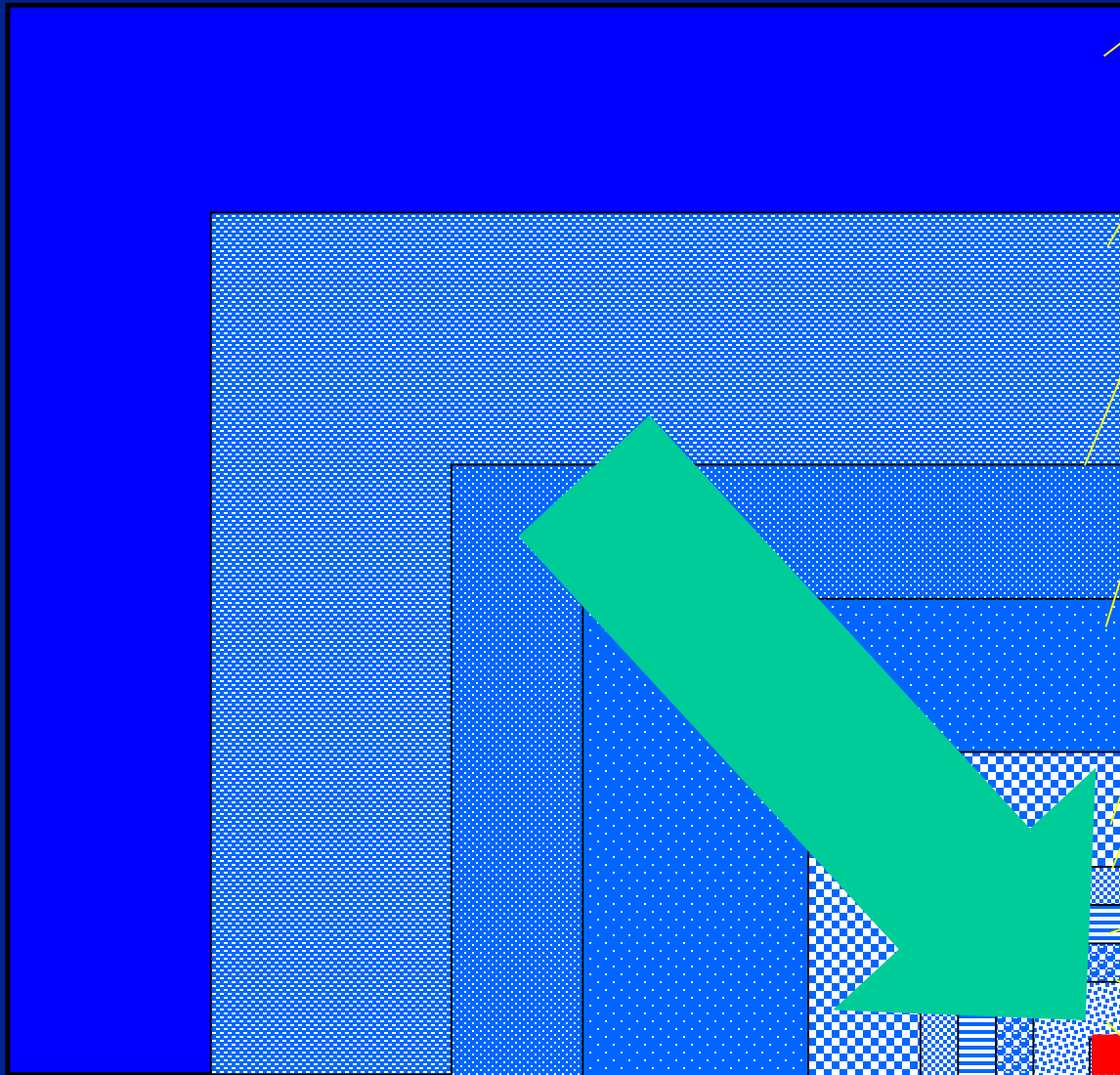
13 visitan un departamento de emergencias

8 internados en el hospital

<1 en el hospital de un centro académico.

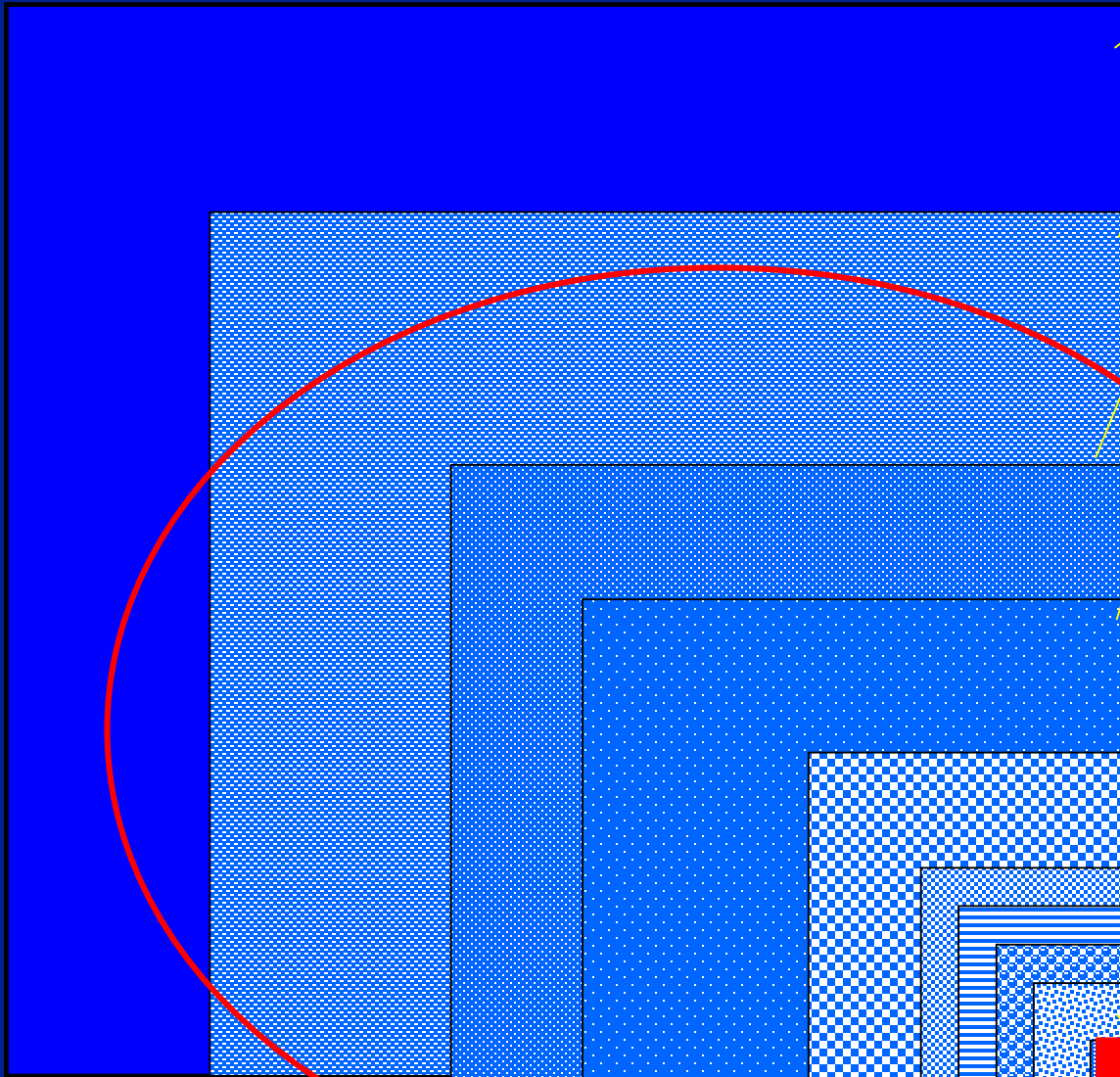
La ecología de la atención médica. Revisión

En un mes



La ecología de la atención médica. Revision

En un mes



1000 personas

800 tienen síntomas

327 consideran recibir cuidado médico

217 visitan un consultorio médico
113 visitan una clínica de atención primaria

65 visitan clínica alternativa

21 visitan una clínica ambulatoria hospitalaria

14 reciben visita domiciliaria

13 visitan un departamento de emergencias

8 internados en el hospital

<1 en el hospital de un centro académico.

La ecología de la atención médica. Revision

Para cambiar la atención de salud debemos desarrollar:

Nuevas formas de prestación de la asistencia
sanitaria

Nuevas formas de educar a los médicos



El Sistema de Salud de la Universidad de Duke se compromete a desarrollar e implementar nuevos modelos de prestación de servicios de salud y a desarrollar programas educativos en paralelo para enseñar estos conceptos

La Residencia de Medicina de Familia de Duke es parte de este proceso



Los 3 pilares de la educación de la Residencia de Medicina Familiar de Duke

**Desarrollo
en Liderazgo**

**Investigación/
Pensamiento
Analítico**

**Salud
Poblacional**

Entrenamiento clínico riguroso. La Medicina de Familia debe tener una base clínica sólida



Seguimos las normas de acreditación en el entrenamiento de la ACGME

The Family Medicine Milestone Project

A Joint Initiative of

The Accreditation Council for Graduate Medical Education

and

The American Board of Family Medicine



September 2013

Link:

<https://www.acgme.org/acgmeweb/tabid/132/ProgramandInstitutionalAccreditation/MedicalSpecialties/FamilyMedicine.aspx>

Fundamentos del Entrenamiento Clínico

- Atención ambulatoria
- Centrada en el paciente
- Los hogares médicos
- Manejo de enfermedades crónicas
- Trabajo en equipo multidisciplinario
- Medición de la calidad y la mejora



Desarrollo en Liderazgo

- Agente de cambio
- Liderazgo situacional
- Compromiso cívico
- Abogacía /Compromiso político
- Líder en las organizaciones
- Gestión de la clínica



Investigación/ Habilidades analíticas

- Curricula en Mejora de la Salud de la Poblacion
- Colaboracion inter-residencias
- Club de articulos





Salud Poblacional

- Salud pública
- Gestión de la atención crónica
- Medición de la calidad y la mejora
- Políticas de salud
- Vinculación con la comunidad
- Intervenciones poblacionales basadas en equipos
- Investigación comunitaria participativa



Cuidado comprensivo del Individuo y la familia

Atención directa al paciente ambulatorio con tutores que son medicos de familia

- Clínica de Medicina Familiar de Duke (Duke Family Medicine Center)* (mas informacion de los servicios de esta clinica en otro slide)
- Clínicas comunitarias para pacientes sin seguro de salud o de escasos recursos economicos
- Visitas a domicilio
- Visitas de ancianos que viven en instituciones



Cuidado comprensivo del Individuo y la familia

Atención directa al paciente ambulatorio con tutores pertenecientes a otras especialidades

- Sala de emergencia de adultos Duke
- Sala de emergencia de niños. Duke
- Clínicas ambulatorias de ginecología, oftalmología, otorrinolaringología, urología,



Cuidado comprensivo del Individuo

Atención directa al paciente

- Hospitalizado
 - Servicio de Medicina Familiar en el hospital de la Universidad de Carolina del Norte
 - Servicios de Medicina Interna, Cardiología, Neurología, Cirugía en el hospital de Duke.
 - Servicio de Cuidado Intensivo en el Hospital de Veteranos



Cuidado comprensivo del Individuo

Atención directa al paciente

- Hospitalizado
 - Servicio de Medicina Familiar en el hospital de la Universidad de Carolina del Norte
 - Servicios de Medicina Interna, Cardiología, Neurología, Cirugía, Obstetricia
 - Servicio de Terapia Intensiva en el Hospital de Veteranos



Some of the places we rotate

- Duke University Hospital- OB, Cardiology, Peds, Nursery, Neuro, ED/Peds ED, Geriatrics
- Duke Regional Hospital- Internal Medicine
- Durham VA Medical Center- Geriatrics, MICU, Surgery
- UNC Memorial hospital- Inpatient family medicine
- Wakemed Hospital- Outpatient peds



Rotaciones

Year	One - 1ero														
Rotation	Orientation	Introduction to Durham's Community Health	Cardiology	Population Health management	Otolaryngology Ophthalmology Urology	Newborn Nursery	Inpatient Pediatrics	Inpatient Surgery	Critical Care	Inpatient Internal Medicine	Obstetrics	Outpatient Pediatrics	Fam Med Procedure (Women, Skin, MSK)	Gynecology	Vacation
Weeks #	4	2	4	4	3	4	4	2	4	4	4	4	4	2	3
Year	Two - 2do														
Rotation	Orientation	Derm	Emergency Room	Population Health management	Pre-Op/ Wound	UNC Fam Med Inpatient Service	Obstetrics	Outpatient Pediatrics	MSK/Sports	UNC Fam Med Inpatient Service	Elective Rotations	Elective	Fam Med Procedure (Women, Skin, MSK)	Vacation	
Weeks #	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	
Year	Three - 3ero														
Rotation	Orientation	Emergency Room	UNC Fam Med Inpatient Service	Population Health management	Rheumatology	Geriatrics	Outpatient Surgery	Occupational Medicine	Neurology	Pediatric Emergency Room	Elective Rotations	Global or USA Away	Fam Med Procedure (Women, Skin, MSK)	Vacation	
Weeks #	1	4	4	4	4	4	2	3	4	4	7	4	4	3	
	In Hospital														
	Ambulatory care														



El Duke Family Medicine Center es un Patient Centered Medical Home

La clínica de Medicina Familiar de Duke es centrada en el paciente



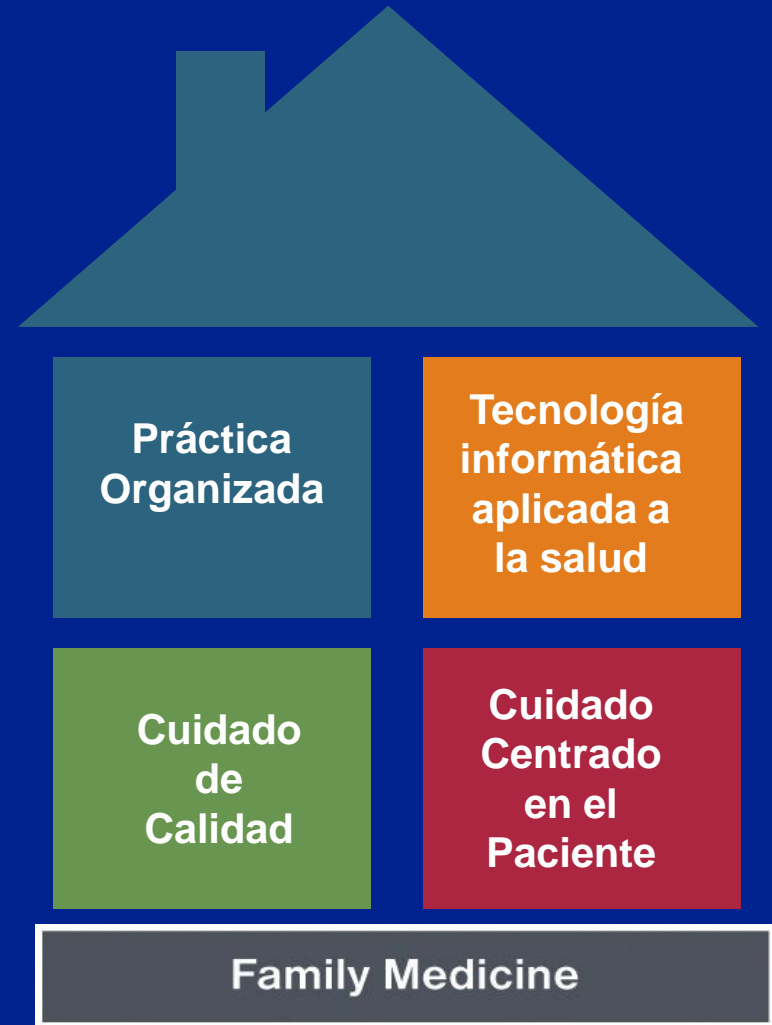
DUKE UNIVERSITY MEDICAL CENTER & HEALTH SYSTEM

The Patient Centered Medical Home



PPC-PCMH Scoring

Level of Qualifying	Points	Must Pass Elements at 50% Performance Level
Level 3	75 - 100	10 of 10
Level 2	50 - 74	10 of 10
Level 1	25 - 49	5 of 10
Not Recognized	0 - 24	< 5



El mas alto nivel reconocimiento, dado por la National Commission for Quality Assurance. 1ero en enero 2009. Recertificado en 2012

Duke Family Medicine Center

- 36.000 visitas anuales
- Distribución de género
 - Femenino 65%
 - Masculino 35%
- Distribución por edad
 - Menores de 19 = 19%
 - Mayores de 65 = 19%

Raza y diversidad étnica

- Afro americano 50%
- Blanco 39%
- Asiaticos 4%
- * Hispanos (depende, los que hablan español pueden llegar a ver 40 % solo de habla española)

Tipo de Obra Social

- - 40% de Seguro de Duke
- - 20% Blue Cross Blue Shield
- - 18% de Medicaid
- - 20% de Medicare



Diagnósticos comunes

- 13.000 pacientes establecidos
- 4700 personas con hipertensión
- 3300 con hiperlipidemia
- 1700 con depresión
- 1500 con asma
- 1.600 con diabetes
- 1400 con artritis
- Pacientes prenatales seguidos en el FMC \approx 100



Carpetas electrónicas digitales

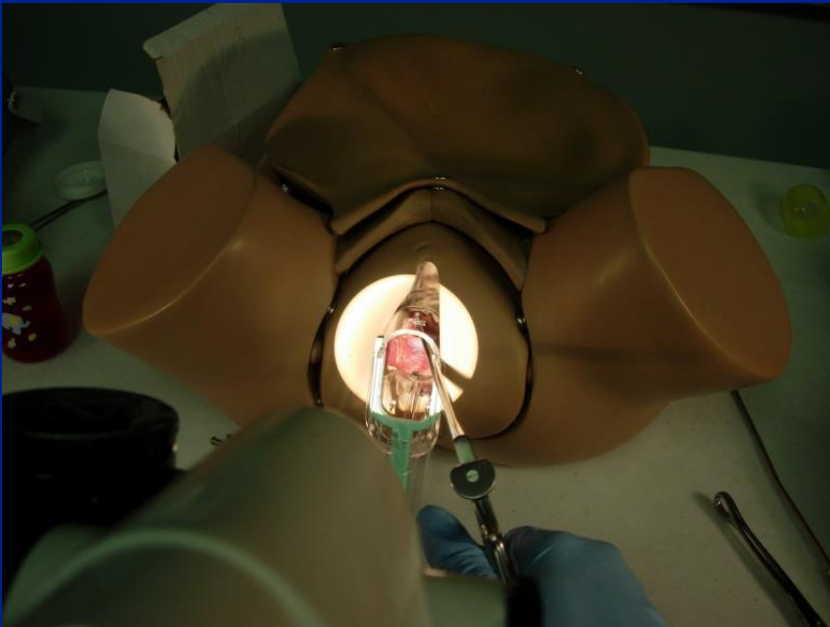


Mas servicios que se ofrecen en la Clínica de Medicina de Familia

- Anticoagulación
- Farmacoterapia
- Asistencia social
- Medicina del Comportamiento
- Manipulación Osteopática
- Coordinación de atención
- Geriátría: Clínica de Calidad de Vida
- Salud Mental
- Visitas al Hogar
- Procedimientos ginecológicos (Colposcopia, DIUs, implantes transdermicos hormonales, biopsias de endometrio)
- Procedimientos dermatológicos
- Procedimientos trastornos musculo esqueléticos
- Acupuntura
- Radiología
- Laboratorio



Entrenamiento en procedimientos quirúrgicos menores





Laboratorio de Simulación



Equipos Clínicos Multidisciplinarios

Todos los miembros involucrados en la comprensión de los conceptos básicos de la PCMH (Clínica centrada en el paciente)

- Accesibilidad
- Competencia/Humildad Cultural
- Profesionalismo
- Gestión de Enfermedades Crónicas
- Trabajo en equipo Inter-profesional



Equipo de Cuidados Centrados en el Paciente



Equipos Clínicos Multidisciplinarios

Entrenamiento Mensual del Equipo.

Aspecto importante del hogar médico centrado en el paciente.

Todos los miembros de cada equipos tienen rol de liderazgo.

Residentes son co-líderes con el instructor



Entrenamiento de los equipos multidisciplinarios

Todos los miembros involucrados en la comprensión de los conceptos básicos de la PCMH:

- Accesibilidad
- Competencia/Humildad Cultural
- Profesionalismo
- Gestión de Enfermedades Crónicas
- Trabajo en equipo Inter-profesional
- Co-líderes Residentes



Clases Longitudinales de los martes

- Sesiones de grupo Balint
- Medicina del comportamiento
- Estudio para rendir los exámenes de la especialidad
- Conferencias de temas núcleo en la especialidad
- Geriatría –visitas a residencias de ancianos
- Salud poblacional
- Capacitación en procedimientos quirúrgicos



Liderazgo

- Agentes de Cambio: Liderazgo del cambio.
- Abogacía por salud
- Leyes y política de salud
- Participación ciudadana
- Gestión de equipos
- Gestión de la calidad



Capacitación para liderazgo



Liderazgo

Actividades individuales y grupales
para mejorar las habilidades e
intereses en
liderazgo de
todos
los residentes y
estudiantes





Investigación / Análisis Salud de la Población

- Cursos
- Rotaciones
- Colaboración inter-residencias para compartir mejores practicas/ aprender de los demás
- Currículo PHIT (Population Health Improvement Teamwork) o Trabajo en Equipo para Mejorar la Salud de la Población



¿Por qué tener un plan de estudios en la mejora de la salud de la población y el liderazgo?

Los médicos de familia pueden jugar un papel clave en el tratamiento de las cuestiones sociales, las políticas y los sistemas de salud que afectan a la salud de sus pacientes



Community-Engaged Population Health

The Washington Post

At Duke, an experiment in community care

By Darryl Fears
Sunday, November 7, 2010

IN DURHAM, N.C. This so-called City of Medicine has long represented the highs and lows of the U.S. medical system: It has a private medical school with a proud and profitable tradition of producing experts in such specialties as neurology and gynecology - and a population riven by diabetes, obesity and other chronic illnesses.

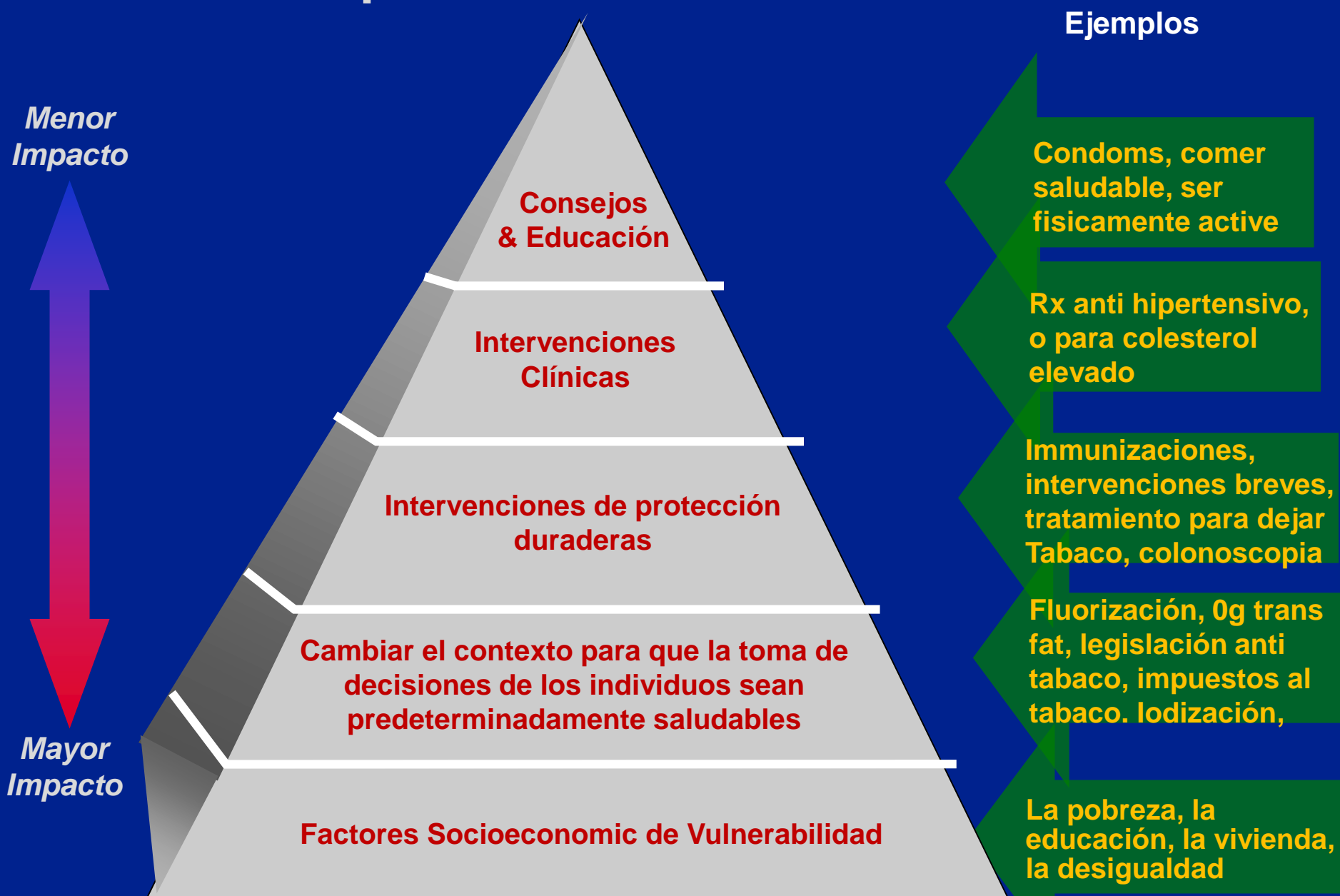
But in a turnabout, Duke University



Alma Delia Torres, 8, has her ears checked during her annual physical by certified nursing assistant Reyna Martinez, one of several staff members that speak Spanish at the Holton Wellness Center. (Jason Arthurs)



Factores que afectan a la salud



PHIT- Trabajo en Equipo de Mejora de la Salud Poblacional

Currículo longitudinal con material didáctico de preparación previa las discusiones.

Web page del currículo:

<http://sites.duke.edu/phiteams/>

POPULATION HEALTH IMPROVEMENT TEAMS AT DUKE
FAMILY MEDICINE
PHIT CURRICULUM

Population Health Project Timeline
Population Health Project Timeline
Project Year 1 (During PHIL Year 2/PGY2 for residents)
Teams are responsible for the following:

1. July-September 2013:
 1. Identify Quality Team Leads and project managers (PGY2s).
 2. Learn about Durham Community Health Assessment and current Durham health priorities.
 3. Review needs at Pickens, identified through QI and other means.
 4. Participate in or learn results of Town Hall meeting addressing Durham health priorities and Pickens priorities.
 5. Develop broad topic list based on b-d
 6. Choose topics of most interest to learn and begin to generate ideas about how these topics might be addressed.
2. October – December 2013:
 1. Present topic ideas at Patient Advisory Committee in October. Solicit their feedback on importance of topics and opportunities to address.
 2. Review PDSA cycle information from I3 to get a sense of the scope of a cycle.
 3. Review a sample journal article reporting on CQI.
 4. **d. Contact Alfred Reid by end of October to join I3 Quality Thread.**
 5. Identify a potential target journal for your final report, review author instructions.
 6. Finalize topic area.
 7. Begin literature review.
 8. Find out what relevant activities have been done at your clinic and others', what resulted.
 9. Find out what is being done, what resources exist in Durham.
 10. Establish a specific aim.
 11. Identify approach to participating in collaborative learning with larger community.
 12. **l. Submit project concept proposal to Mina and PHIL Curriculum Governance Committee**

Tuesdays activities by dates
July 2014

S	M	T	W	T	F	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

Population Health 2 Core Course

- 6/24/14: Project Dissemination
- 6/10/14: Project Management
- 5/27/14: Evaluation
- 4/29/14: Advocacy
- 05/13/14: Creating Financial Sustainability
- 4/22/14: Defining an Intervention
- 4/15/14: Understanding the Problem
- 3/25/14: Defining a Target Population
- 3/11/14: Needs and Assets Assessment, Geomapping
- 2/25/14: QI methods



El currículo PHIT exige que los esfuerzos para mejorar la salud de la población deben ser basados en la evidencia y comprometidos con la comunidad.

- ✓ elementos de la investigación en salud de la población con compromiso comunitario
- ✓ medidas de salud de la población
- ✓ diseños de los estudios con aporte de la comunidad
- ✓ siguen los pasos de la investigación dedicada a la comunidad basados en una mejora de la salud de la población.



PHIT

- Un **proyecto tutelado** que mejora la salud de una comunidad
- Parte de Colaboración inter-residencias
- Varios proyectos de los residentes y la facultad
- **Journal Club**, en el que los residentes aprendan a evaluar críticamente la investigación.



Proyectos completados

- Mejora de la satisfacción del paciente a través de mejoras en el estacionamiento en la clínica
- Mejora de la continuidad de las visitas
- Mejora en el tratamiento del dolor
- Servicios de salud para los adolescentes basados en la escuela
- El cribado del cáncer colorrectal
- Jardines comunitarios
- Control de la salud basada en la comunidad para los inmigrantes latinos
- El uso de los medios sociales y los adolescentes obesos
- Manejo de enfermedades crónicas



Cultura de Mejoramiento de la Calidad (QI o MC)

- “Si no mide, no se puede mejorar”
- Llevamos mas de 47 métricas
- Conferencias mensuales de Morbilidad y Mortalidad (que podríamos haber hecho mejor o diferente? Como prevenir futuros errores?)
- Los residentes participan desde el primer año en proyectos de mejora de la calidad durante la rotación en Gestión de la Salud de la Población



POPULATION HEALTH – PHIT curriculum

Profesores, estudiantes, y residents aprendiendo todos juntos



Salud Poblacional

Mapa de Competencias

- Conjunto de competencias que forman un marco organizativo para la planificación curricular y la formación.
- El artículo publicado en 2013 en Academic Medicine
- 4 Dominios de Competencias para la Enseñanza Salud de la Población
- Salud Pública (PH)
- Participación de la comunidad (CE)
- El pensamiento crítico (CT)
- Habilidades de equipo (TS)

Teaching Population Health: A Competency Map Approach to Education

Victoria S. Kaprielian, MD, Mina Silberberg, PhD, Mary Anne McDonald, DrPH, MA, Denise Koo, MD, MPH, Sharon K. Hull, MD, MPH, Gwen Murphy, RD, PhD, Anh N. Tran, PhD, MPH, Barbara L. Sheline, MD, MPH, Brian Halstater, MD, Viviana Martinez-Bianchi, MD, Nancy J. Weigle, MD, Justine Strand de Oliveira, DrPH, PA-C, Devdutta Sangvai, MD, MBA, Joyce Copeland, MD, Hugh H. Tilson, MD, DrPH, F. Douglas Scutchfield, MD, and J. Lloyd Michener, MD

Abstract

A 2012 Institute of Medicine report is the latest in the growing number of calls to incorporate a population health approach in health professionals' training. Over the last decade, Duke University, particularly its Department of Community and Family Medicine, has been heavily involved with community partners in Durham, North Carolina, to improve the local community's health. On the basis of these initiatives, a group of interprofessional faculty began tackling

critical thinking, and team skills to improve population health effectively in Durham and elsewhere.

The Department of Community and Family Medicine has spent years in care delivery redesign and curriculum experimentation, design, and evaluation to distinguish the skills trainees and faculty need for population health improvement and to integrate them into educational programs. These clinical

planning and training. This framework delineates which learning objectives are appropriate and necessary for each learning level, from novice through expert, across multiple disciplines and domains. The resulting competency map has guided Duke's efforts to develop, implement, and assess training in population health for learners and faculty. In this article, the authors describe the competency map development process as well as examples of its application and

La enseñanza de Salud de la Población

Marco organizativo para la planificación curricular

**Salud
Pública**

**Participación
Comunitaria**

**Pensamiento
Crítico**

**Habilidades de
Equipo**

Appendix 1

A Competency Map for Integrating Population Health Into Clinician Education, Duke University School of Medicine, 2011

Competency and training level	Foundational (basic): awareness*	Applied (intermediate): skilled participation†	Proficient (advanced): independent practice‡
Public health (PH)	<i>Learners will be able to ...</i>	<i>Learners will be able to meet all basic objectives, plus ...</i>	<i>Learners will be able to meet all basic and intermediate objectives, plus ...</i>
PH-1: Examine the characteristics that bind people together as a community—including social ties, common perspectives and interests, and geography—and how these relate to health	<ul style="list-style-type: none"> • Define community • Discuss the role of community in health • Define a meaningful population for health improvement purposes 	<ul style="list-style-type: none"> • Assess unifying characteristics of a population • Consider how these characteristics can help or hinder a proposed intervention • Identify the characteristics of communities and groups that are associated with disproportionate burden of disease 	<ul style="list-style-type: none"> • Assess the characteristics of communities and groups that are associated with disproportionate burden of disease • Describe key disease states that demonstrate disproportionate burden of disease within specific populations
PH-2: Address the role of socioeconomic, environmental, cultural, and other population-level determinants of health on the health status and health care of individuals and populations	<ul style="list-style-type: none"> • Describe population-level determinants of health • Discuss how these factors influence health status and health care delivery 	<ul style="list-style-type: none"> • Explain population-level determinants affecting the health of a population • Discuss potential strategies for addressing population-level determinants of health 	<ul style="list-style-type: none"> • Collaborate with stakeholders to design and implement strategies to address population-level determinants of health • Report on the social and economic determinants of the burden of disease in specific populations
PH-3: Use community assets and resources to improve health at the individual and population levels	<ul style="list-style-type: none"> • List potentially helpful community assets and resources • Refer individual patients to resources that can assist in meeting their health needs 	<ul style="list-style-type: none"> • Describe relevant assets and resources for population health improvement within a specific community • Discuss potential collaborations with community resources to improve 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyze gaps in community resources • Develop partnerships and programs to fill these gaps • Demonstrate leadership skills

Integración de APS y Salud Publica

<http://www.practicalplaybook.org>

HOW CAN THE PRACTICAL PLAYBOOK HELP WITH YOUR INTEGRATION PROJECT?



LEARN

Explore what integration is, what it is not, and the value of working together.

[The Principles of Integration ▶](#)

[The Value of Working Together ▶](#)



DO

Start an integrative project or move your project forward with guidance and tools.

[The Stages of Integration ▶](#)

[Topics for Your Project ▶](#)



SHARE

See how communities across the country are working together to improve population health.

[Success Stories ▶](#)

[Connect with Others ▶](#)

Rotación en Gestión de Salud de la Población

- Cuidado de transición
- Mejoramiento de la Calidad
- Administración de la Atención Sanitaria
- Visitas grupales



Gestión Sanitaria de Población

Cuidado de transición

Meta: potenciar la continuidad asistencial para ayudar a los pacientes de transición fuera del hospital y de regreso a la comunidad de una manera segura, organizada y reduciendo readmisiones



Objetivos de Cuidado de transicion

- 1er año: Objetivos:
- Identificar las causas médicas comunes y los factores psicosociales que influyen en la admisión / reingresos
- Proporcionar la educación del paciente en el nivel adecuado de alfabetización en salud del paciente
- Coordinar seguimiento después-del-alta para los pacientes antes de que se les de el alta hospitalaria



Objetivos de Cuidado de transicion

- 2do año:
- Identificar los recursos locales disponibles en la comunidad para apoyar el alta del paciente
- Proporcionar asistencia telefónica y triage a los pacientes recién dados de alta
- Remotamente seguir admisiones mediante la carpeta electrónica



Objetivos de Cuidado de transición

- 3er año
- Identificar proactivamente y actuar sobre las admisiones en alto riesgo de reingreso
- Proporcionar evaluación y apoyo en el hogar a los pacientes recién dados de alta
- Identificar y rápidamente intervenir/tratar pacientes en estado de descompensación después del alta hospitalaria para prevenir deterioro y con esto la readmisión.



Mejoramiento de la Calidad

- Meta: Utilizar datos para mejorar los sistemas de atención, reducir las disparidades de salud y mejorar los resultados del paciente



Mejoramiento de la Calidad

- Objetivos 1er año:
- Desarrollar objetivos fuertes para guiar las intervenciones y medidas
- Referenciar guías clínicas y recomendaciones de MBE para mejorar los procesos clínicos



Mejoramiento de la Calidad

- Objetivos 2do año:
- Identificar las carencias de atención y áreas en necesidad de mejora a nivel de la práctica a través de la comprensión de las normas comunes y de evaluación comparativa
- Identificar variables para evaluar los resultados de una intervención



Mejoramiento de la Calidad

- Objetivos 3er año:
- Ejecutar Independientemente ciclos PDSA para mejorar un proceso clínico de una manera medible y sistemática
- Utilizar sistemas informáticos de consulta tales como DEDUCE y Maestro Workbench para extraer datos para guiar los esfuerzos de Mejora de Calidad.



Administración de la atención

- Objetivo: Comprender cómo utilizar los servicios de gestión de la atención al aprender los componentes y utilizar técnicas de gestión de la atención



Gestión de la atención

- Objetivos 1er año:
- Describir los principios de gestión de la atención
- Identificar los pacientes con necesidad de gestión de la atención (care management)
- Establecer objetivos centrados en el paciente para la mejora de la salud, incluyendo el uso de la entrevista motivacional



Gestion de la atención

- Objetivos 2do año:
- Llevar a cabo una evaluación psicosocial del paciente
- Crear un plan de atención centrada en el paciente y monitorear el progreso del paciente



Gestion de la atención

- Objetivos 3er año:
- Utilizar los recursos de la comunidad para apoyar a los pacientes
- Utilizar eficazmente las notas de gestión de la atención para guiar la toma de decisiones médicas
- Colaborar con gerentes de cuidado para tratar a los pacientes con problemas complejos



Visitas en grupo de pacientes

- Meta: Utilizar foros no convencionales y fuera de la visita tradicional e involucrar a los pacientes, enseñar habilidades de autocuidado, la enseñanza/aprendizaje entre pares, y mejorar los resultados de salud del paciente



Las visitas en grupo

- Objetivos en 1er año:
- Identificar a los pacientes que serían buenos candidatos para la visita del grupo de gestión de la enfermedad crónica
- Documentar de manera eficaz y eficiente atención al paciente proporcionada en visita de grupo



Las visitas en grupo

- Objetivos en 2do año:
- Demostrar habilidades de enseñanza y de debate interactivo para ofrecer una educación en salud adecuada al nivel de alfabetización del paciente.
- Conducir conversaciones con técnicas de resolución de conflicto de grupo para facilitar los planes de autogestión y las decisiones de autocuidado para mejorar la salud



Las visitas en grupo

- Objetivos en 3er año:
- Utilizar de manera efectiva personal de la clínica y recursos para facilitar visitas de grupo para la gestión de las enfermedades crónicas
- Identificar los métodos para mejorar las visitas en grupo a través de las opiniones de los pacientes y el personal de la clínica.



visita del grupo de gestión de la enfermedad crónica

- Objetivos en 1er año:
- Identificar a los pacientes que serían buenos candidatos para la visita del grupo de gestión de la enfermedad crónica
- Documentar de manera eficaz y eficiente atención al paciente proporcionada en visita de grupo



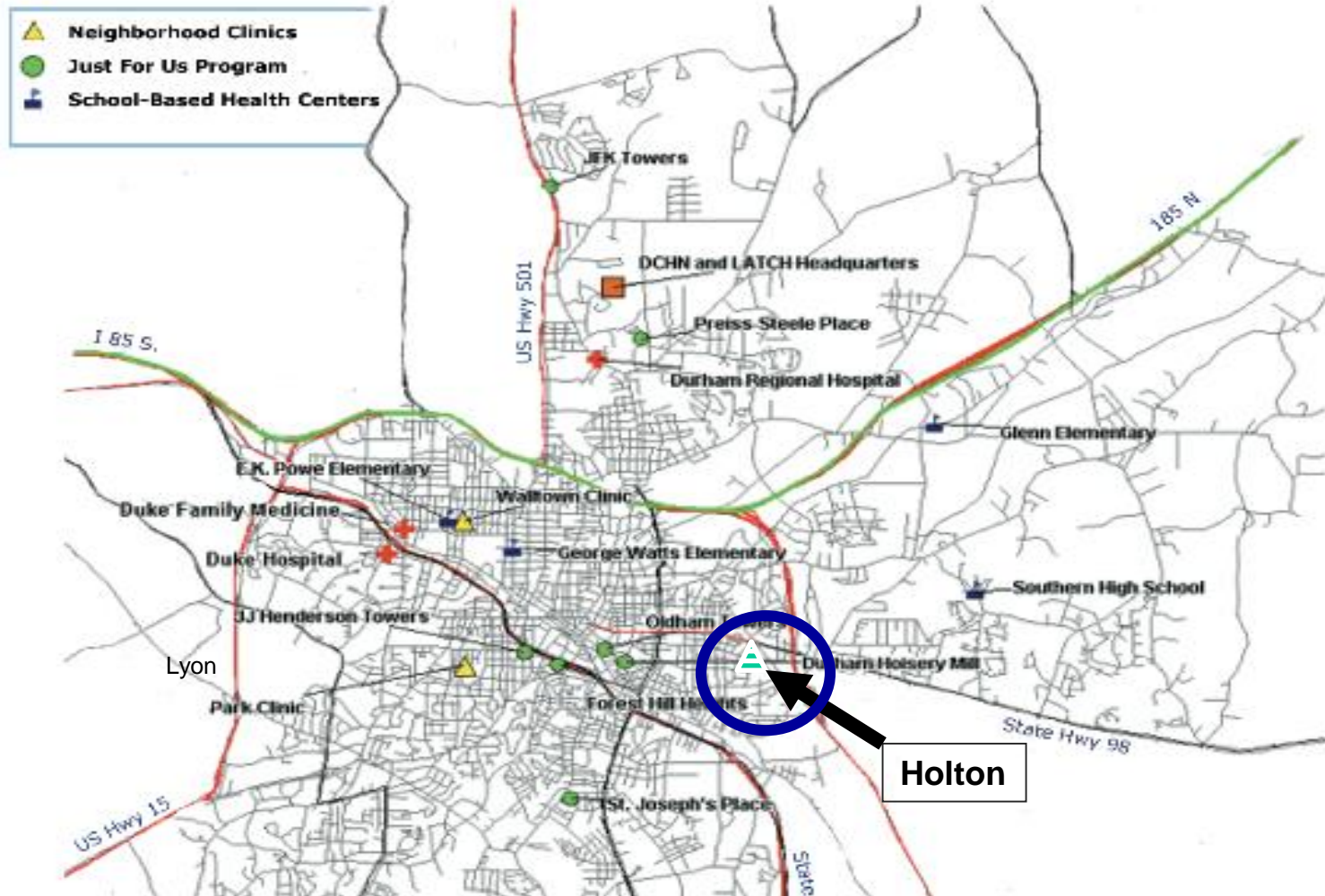
Expandiendo el cuidado centrado en la persona a la Comunidad y creando acceso Universal en Durham

- Participación de los residentes en una clínica de salud de la comunidad u otro programa basado en la comunidad
- Expande la atención a las personas sin seguro, a personas que no pueden salir de sus casas y escuelas
- Enseña modelos innovadores



Clínicas Comunitarias construidas en respuesta a las necesidades de la población

Department of Community and Family Medicine, Community Health Clinical Sites Map



Holton Clinic dentro de un centro comunitario





Healthy Eating for Healthy Weight
 Dates: Thursday May 15, 2014
 Thursday June 19, 2014
 Time: 5:30-6:30 pm
 Location: Conference Room B

Comida Saludable, Peso Saludable
 Fechas: Jueves, 8 de mayo
 Jueves, 12 de junio
 Hora: 5:30-6:30 pm
 Lugar: Salón de Conferencia

"Sobrevivir con la Diabetes"
 Viernes, 20 de junio de 2014
 11:30 a.m. a 1:00 p.m.

IN CASE OF FIRE
 1. REMOVE ALL PERSONS IN DANGER
 2. ALWAYS DIAL 911 / PULL MANUAL ALARM
 3. CLOSE ALL DOORS AND / OR WINDOWS
 4. EXTINGUISH FIRE
 Report Fire or Safety Hazards to: OESD - Fire Safety Division (919) 684-5609
DIAL 911 TO REPORT FIRE

PUT YOUR RELATIONSHIP TO THE TEST

OPEN

Holton Wellness Center
 A Joint Program of Duke University Health System and Lincoln Community Health Center

In case of an emergency during non-clinic hours, please call Lincoln Community Health Center at 919-956-4000

En caso de una emergencia durante horas no clínicas, llame al 919-956-4000

	AM	PM
MONDAY	8:30	12:30
TUESDAY	8:30	12:30
WEDNESDAY	8:30	4:30
THURSDAY	8:15	12:30
FRIDAY	1:30	6:30
SATURDAY	CLOSED	CLOSED
SUNDAY	CLOSED	CLOSED



Walltown and Lyon Park Clinics

Duke-Durham Neighborhood Partnership

- Population: African-American, new Latino population, low-income, transient, uninsured
- High ED use, high-risk health behaviors, substance abuse, depression/anxiety
- 37% of patients surveyed would have gone to ED
- High patient satisfaction – 4.7/5.0

Community Partners

Calvary Baptist Ministries
Walltown Neighborhood Association
PAC-2
PAC-3
Lincoln Community Health Center
Planned Parenthood of Central NC

Practice Partners

Community and Family Life
and Recreation
Center of the West End, Inc
Self-Help, Inc
Duke Community Affairs
Duke Community Relations
Duke University Hospital
Community & Family Medicine
Department

Just For Us

- 350 patients since 2000
- Average age 70, multiple chronic conditions
- 44% have mental illness
- All are home-bound
- 84% African-American; many with low to no family support
- Low literacy or illiterate



Community Partners

City of Durham, Housing Authority
Lincoln Community Health Center
Durham Council on Seniors
Area Mental Health Agency
Durham County Health Department
Durham County Department of
Social Services






Practice Partners

Duke CFM, SON, DUH, DRH,
Center for Aging,
Department of Psychiatry



Just For Us

Outcomes

- Ambulance costs  49%
- ER costs  41%
- Inpatient costs  68%
- Prescription costs  25%
- Home health costs  52%

All patients with hypertension **79% ≤ 140/90**
Diabetics with hypertension **84% ≤ 140/90**

Duke Medicine Strategy for Community Engagement

Together with community partners, we...

- Ask and listen
- Analyze health care utilization and costs
- Explore barriers to appropriate care
- Identify partner needs and resources
- Plan/redesign services
- Track outcomes, share accountability



Oportunidades en Medicina del Deporte



Sports

- Elon University
- High School



Rotaciones electivas– North Carolina



Camp K, Lenoir, Carrboro, Outer banks



Salud Global



Rotaciones electivas internacionales en Tanzania, Bolivia, Ecuador, Argentina, Austria y Líbano



DUKE UNIVERSITY MEDICAL CENTER & HEALTH SYSTEM



The 3 Pillars of the Duke Family Medicine Residency Program

**Desarrollo en
Liderazgo**

**Investigación/
Capacidad Analíticaa**

**Salud de la
Población**

Entrenamiento clínico riguroso



Nuestro Programa de Residencia de Medicina Familiar forma parte de un proceso de descubrir mejores formas de mejorar la salud de las personas y de sus comunidades, y al mismo tiempo reduciendo las inequidades en la atención de salud



Estamos buscando a los futuros residentes que estén interesados en:

- El desarrollo de habilidades de liderazgo
- Convertirse en líderes en sus comunidades
- Aprender como mejorar sistemas y el control de enfermedades crónicas
- Trabajar con las comunidades para lograr cambios y mejoras



Buscamos futuro/as residents que sean:

- Auto motivados en el estudio y aprendizaje
- Entusiastas y curiosas
- Trabajadores en equipo
- Dinámicamente adaptativos
- Deseosas de hacer una diferencia



Nuestra meta es graduar médicos de familia que demuestren:

**Excelencia
Clínica**

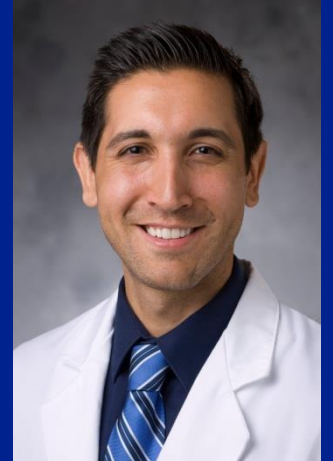
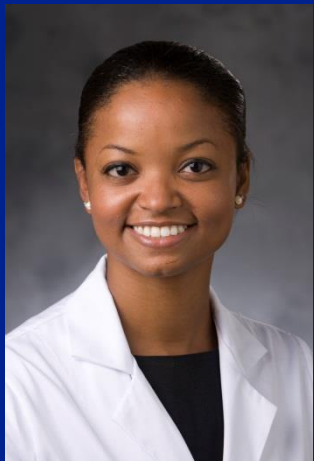
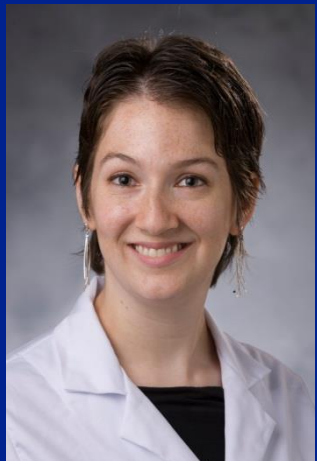
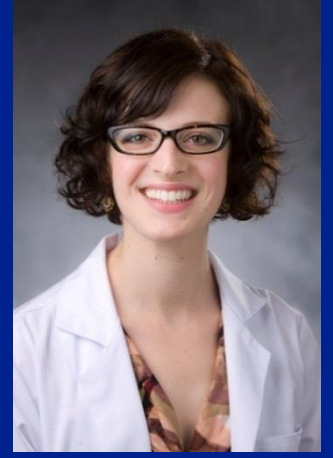
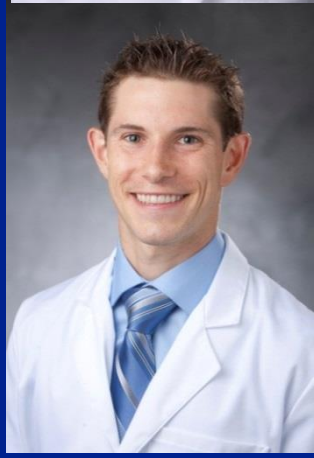
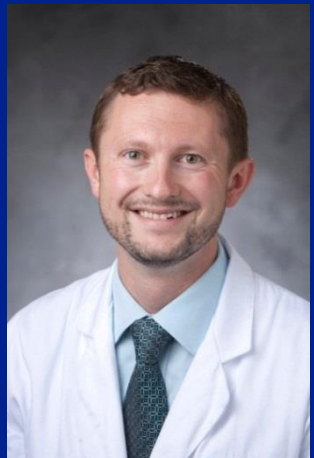
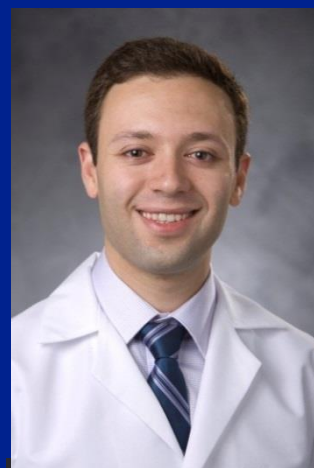
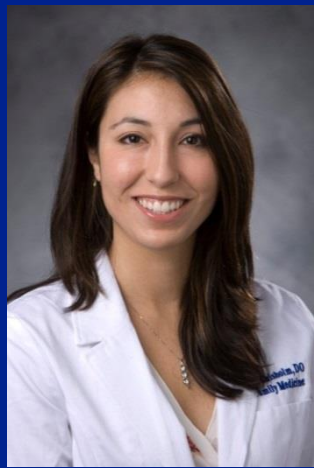
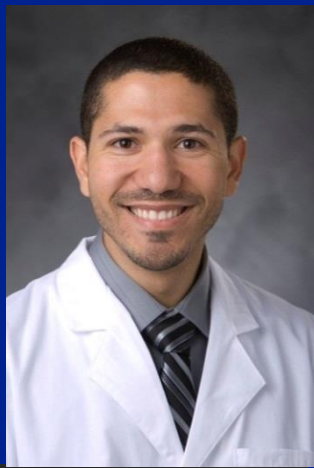
Liderazgo

**Participación
en la
Comunidad**

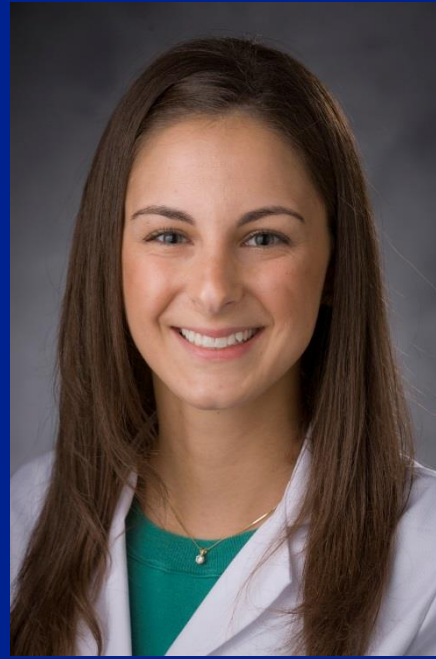


Lo mas importante de nuestra residencia:





Y recién llegadas clase de 2017!



Questions?



Agradecimientos

- Justine Strand de Oliveira, DrPH, PA-C, Vice Chair for Education en el Department of Community and Family Medicine por el apoyo y la traducción del video al Portugués.
- Video producción Evan T Howell
<http://evanthowell.com/>
- Pivot Point Media www.pivotpoint-media.com



- Los que siguen son una serie de slides que me entregara Glen Stream, presidente reciente de la American Academy of Family Physicians y Director de el proyecto “Medicina de Familia para la Salud de Estados Unidos. El Futuro de Medicina de Familia 2,0” y que les he traducido



Family Medicine for America's Health: Future of Family Medicine 2.0

Presentation by
Glen Stream, MD, MBI
May 31, 2014



AMERICAN ACADEMY OF
FAMILY PHYSICIANS

STRONG MEDICINE FOR AMERICA

Política de la AAFP

- La AAFP apoya el acceso universal a los servicios básicos de salud para todas las personas. La AAFP cree que este objetivo se puede lograr con un enfoque pluralista de la financiación, la organización y la prestación de asistencia sanitaria.

Family Medicine for America's Health: Future of Family Medicine 2.0

Medicina Familiar para la Salud de los Estados Unidos: Futuro de la Medicina de Familia 2.0

- **Meta:** Desarrollar planes estratégicos y de comunicación para continuar la transformación de la medicina de familia para satisfacer las necesidades del público estadounidense logrando las “Tres Metas” de una mejor atención, una mejor salud, y a menor costo.

Lo que nos propusimos lograr

- **Plan Estratégico Quinquenal** - abordar un plan de los temas más críticos con la Medicina de Familia y proporcionar un rol para las diversas organizaciones de Medicina Familiar.
- **Plataforma de Comunicaciones** – Desarrollar una plataforma de comunicaciones para la Medicina Familiar desarrollada a través pruebas de investigación y creatividad, junto con un plan para comunicar el valor y los beneficios de la Medicina Familiar.

Principios

- Entregar en las “Tres Metas”: mejorar la salud de la población; mejorar la experiencia que los pacientes tienen de la atención (incluyendo la calidad, el acceso y la fiabilidad); y reducir, o al menos controlar, el costo per cápita de la atención sanitaria.

Principios

- Centrarse en las necesidades de los residentes y estudiantes de medicina, así como la práctica de los médicos de familia.
- Atender las necesidades de la medicina familiar como una especialidad y los cambios necesarios en el sistema de salud de la que forma parte.

Atributos básicos

- La AAFP define los valores fundamentales de la medicina de familia como: relaciones continuas de curación, la orientación integral de la persona, la atención integral y la atención prestada en el contexto de la familia y la comunidad.

Atributos básicos

- ¿Cuáles son los atributos fundamentales de la Medicina de Familia hoy, y qué es lo que necesitan ser en el futuro, para que nuestra profesión pueda conseguir la triple meta al servicio de nuestros pacientes?
- Depende de cada comunidad, por eso el entrenamiento debe ser inclusivo de cuidado prenatal, partos, hospitalismo y cuidado ambulatorio desde el nacimiento a la vejez.

Ecosistema en Evolución

- ¿Cómo debería la Medicina Familiar cambiar para responder a los desafíos de un sistema de salud en evolución con el fin de satisfacer mejor las necesidades de la nación?

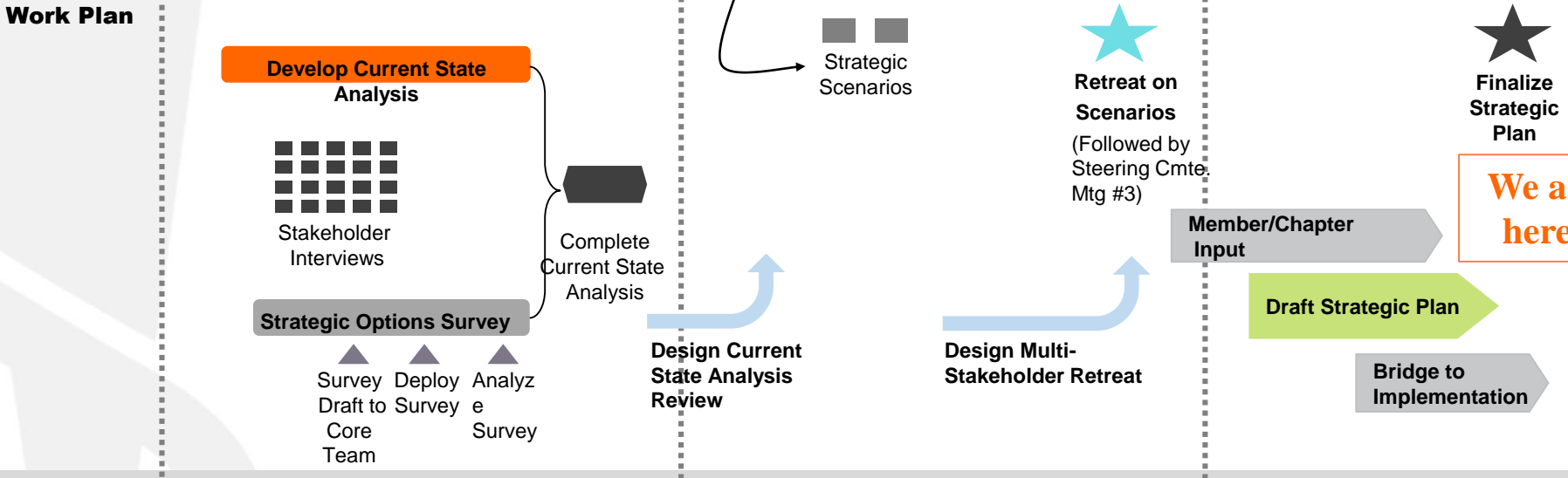
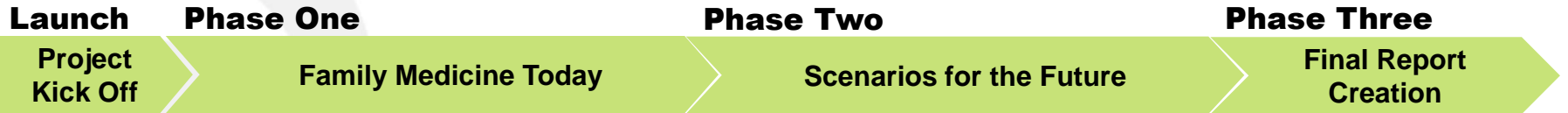
Educación

- ¿Qué cambios son necesarios en la continuidad de la educación (desde la escuela de medicina, a través de la residencia, y en CME) para capacitar a los médicos de familia que se necesitan en el nuevo sistema de salud?

Comunicar nuestro Valor

- ¿Cómo lograr comunicar mejor a las partes interesadas el valor y los beneficios de la Medicina de Familia y los importantes roles que los médicos de familia desempeñan en la satisfacción de las necesidades de salud de la población de los EE.UU.?

Process – and where we are today



Proximos pasos

- Se ha formado un comité de implementación para guiar el proceso
- EL comité esta formado por un representante de cada una de las organizaciones que apoyan el proyecto.
- Otros miembros incluyen:
 - Medico de familia en practica full time
 - Un joven medico líder
 - AAFP ejecutivo
 - Representante de los pacientes

Next Steps

- Plan estratégico de implementación
- Plan de Comunicaciones
- Campaña a ser lanzada en la AAFP Assembly in DC – October 22-25, 2014.