



EDITORIAL semFYC

Construyendo la atención primaria española en una Europa cambiante



Building the Spanish primary care in a changing Europe

En 1994, Barbara Starfield¹ situó la atención primaria española entre las más fuertes y, en recientes fechas, la Organización Mundial de la Salud ha publicado el trabajo *Building primary care in a changing Europe*, dirigido por Dionne Kringos², dando continuidad a estudios anteriores³⁻⁵ y que confirma la atención primaria española entre las mejores de Europa.

Este trabajo es producto del observatorio *Primary Health Care Activity Monitor for Europe* (PHAMEU). Se trata de un proyecto respaldado por la Organización Mundial de la Salud y cofinanciado por la Comisión Europea, el *European Forum for PrimaryCare*, la *European Public Health Association* y la *European General Practice Research Network*. En él se han empleado 115 indicadores para evaluar los sistemas sanitarios y la atención primaria de 31 países europeos. Estos indicadores se relacionan con la estructura (*gobernanza, condiciones económicas y desarrollo de los recursos humanos*), el proceso (*accesibilidad, continuidad, coordinación y resolutiveidad*) y los resultados (*calidad, eficiencia y equidad*).

La riqueza de los datos recogidos en el proyecto PHAMEU ha mostrado la complejidad y la variabilidad de la atención primaria en Europa.

España está situada la tercera después de Reino Unido y Países Bajos en cuanto a criterios estructurales-de proceso. En términos de proceso-resultados, los países mejor destacados han sido Dinamarca, España y Reino Unido.

Se detectan 2 grupos contrastados, los que poseen un sistema de atención primaria fuerte y los que tienen sistemas débiles y desequilibrados. España se encuentra entre el grupo de países de excelencia, junto con el Reino Unido, Dinamarca y Holanda, entre otros. Somos, con Dinamarca, los únicos sistemas sanitarios de atención primaria europeos que estamos en la posición «*high*» (excelencia) en prácticamente todas las dimensiones (hecho que no consiguen ni Reino Unido ni Países Bajos), consiguiendo una media global alta respecto a la de países europeos que destacan mucho en alguna dimensión concreta, pero menos homogénea en

la valoración global. Se destacan los niveles altos en los aspectos de estructura, desarrollo del personal sanitario, accesibilidad y continuidad.

Encuentran que en Europa los sistemas bismarkianos (Bélgica, Francia, Alemania) tienen una atención primaria más débil, que los antiguos países de la Unión Soviética han dado un impulso importante en los últimos años a la atención primaria, que los países con políticas socialdemócratas son más propensos a tener modelos de atención primaria más potentes, que los países más ricos tienen más probabilidades de tener modelos de atención primaria más débiles y que los valores sociales en un país se relacionan con la fortaleza de su atención primaria.

En el estudio PHAMEU se relacionan los índices de eficiencia en las relaciones entre estructura-procesos y procesos-resultados. Algunos de los países con fuerte atención primaria no están entre los más eficientes, en términos relativos, y un ejemplo de ello es España. Este hallazgo sugiere a los autores que, si se persigue eficiencia y fortaleza, es clave el peso y valor que se le concede a la atención primaria con relación al resto del sistema, en cuanto a financiación y poder de regulación.

Y esto nos lleva a varias reflexiones.

Primera reflexión. Tenemos un «alto valor intrínseco». Las evidencias son claras, pero la valorización interna, la nuestra propia, y la valorización externa de la sociedad, de los alumnos de medicina, del resto de especialistas, planificadores y gobernantes no es concordante con dicho valor⁶. Muchos consideramos que la clave está en triangular las estrategias que pasan por cambios en la formación de grado, la incorporación de la troncalidad en la formación especializada y en modificar la situación laboral existente. Este cambio debe propiciar estabilidad laboral, tiempo, reconocimiento y valorización. Se precisa una remuneración correcta y concordante con los impactos conseguidos y es clave el traslado del poder de regulación a la atención primaria. Estos aspectos son los que hacen que la atención primaria y la medicina de familia tengan mucho

prestigio en el Reino Unido y puntúen mejor que España en los aspectos de gobernanza, condiciones económicas y coordinación.

Segunda reflexión. Si potenciar la atención primaria mejora la eficiencia global del sistema, ¿por qué en los momentos de crisis no se refuerza su financiación y se adelgazan estructuras manifiestamente ineficientes? Preocupa la tendencia en la reducción del peso presupuestario de la atención primaria detectada en los últimos años. El presupuesto de la atención primaria es, incomprensiblemente, el que menos crece en absolutamente todos los sectores⁷. Pelone⁸ sugiere que, para mejorar la eficiencia de la atención primaria, no es suficiente estructura y proceso, sino que es importante centrarse en fortalecer el acceso, la coordinación de la atención y, especialmente, fortalecer los recursos económicos disponibles para la atención primaria.

Tercera reflexión. Sorprenden los relativos pocos estudios que hemos realizado nosotros mismos para medir nuestro impacto, y los que existen, en ocasiones, están centrados en determinadas enfermedades, y, salvo excepciones, casi siempre buscando lo que hacemos mal. Son pocos los estudios que miden el impacto real de nuestras intervenciones, que son claras cuando se analizan los indicadores de morbi-mortalidad evitables e imputables a la atención primaria^{9,10} en nuestras bases de datos¹¹.

Ante todo esto, considero que debemos plantearnos muchas preguntas: ¿Nuestra atención primaria es igual en todas las comunidades autónomas? ¿Cómo y en cuánto repercuten las decisiones que se han ido tomando en las diferentes comunidades autónomas?, ¿Impacta el gasto diferente por comunidad autónoma en la atención primaria?, ¿Hay diferencias salariales entre comunidades autónomas y cómo impactan estas en los resultados?, ¿Cómo influyen la diferencia entre los ratios de médico de familia/habitantes?, ¿Tenemos sistemas de información suficientes y, si los tenemos, se explotan y se revierten los datos a los profesionales?, ¿Cuáles son las variables que pueden relacionarse más con nuestra calidad, eficiencia y resolutivez?

Europa cambia. Nos esperan cambios sociodemográficos y de salud importantes¹² y tenemos una atención primaria fuerte, pero ¿Va a seguir siendo así?, ¿Se va a disparar la heterogeneidad con su consiguiente impacto sobre la equidad?, ¿Qué han de hacer políticos, planificadores, gestores y profesionales para que la población se siga beneficiando de una atención primaria fuerte y eficiente?

A lo mejor, simplemente hay que desarrollar las estrategias y tácticas para aplicar y desarrollar el marco legal vigente. Hacer que la atención primaria sea de verdad la función central del sistema. Para eso hay que «crear evidencias propias sobre nuestro impacto real» y hay que dar «poder de gestión, organización y regulación», «financiación» y «reconocimiento» a nuestra atención primaria y a sus profesionales.

Bibliografía

1. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994;344:1129-33.
2. Kringos DS, Boerma W, Hutchinson A, Saltman R. Building primary care in a changing Europe. *European Observatory on Health Systems and Policies*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2015.
3. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, et al. The strength of primary care in Europe: An international comparative study. *Br J Gen Pract*. 2013;63:e742-50, <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp13X674422>. Publicado en Internet el 28 de octubre 2013.
4. Kringos DS, Boerma WG, van der Zee J, Groenewegen PP. Political, cultural and economic foundations of primary care in Europe. *Soc Sci Med*. 2013;99:9-17.
5. Kringos DS, Boerma WG, van der Zee J, Groenewegen PP. Europe's strong primary care systems are linked to better population health, but also to higher health spending. *Health Aff (Milwood)*. 2013;32:686-94.
6. Pelone F, Kringos DS, Spreeuwenberg P, de Belvis AG, Groenewegen PP. How to achieve optimal organization of primary care service delivery at system level: Lessons from Europe. *Int J Qual Health Care*. 2013;25:381-93.
7. Simó J, Gervás J. Gasto sanitario en atención primaria en España: Insuficiente para ofrecer servicios atrayentes para pacientes y profesionales. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012;26 Supl 1:36-40, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.05.017>.
8. Casado Vicente V. Appraisal of family and community medicine. *Aten Primaria*. 2010;42:601-3.
9. Holland WW, ed. *European Community Atlas of «Avoidable Death»*. Commission of the European Communities Health Services Research. Series n° 6, 9. Vols 1, 2. 2 nd. Oxford. Oxford University Press. 1991. 1993.
10. Starfield B. *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Masson; 2001.
11. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Indicadores claves del Sistema Nacional de Salud* [última consulta 20 Dic 2015]. Disponible en: <http://inclasns.msssi.es/>.
12. Hernansanz Iglesias F, Clavería Fontán A, Gervás Camacho J, Álvarez-Dardet Díaz C, eds. *La atención primaria: evidencias, experiencias y tendencias en clínica, gestión y política sanitaria*. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012;26 Supl 1 1-176. DOI: 10.1016/j.gaceta.2011.05.017. Disponible en : <http://www.gacetasanitaria.org/es/vol-26-num-s1/suplemento/sespas/S021391111X00092/>.

Verónica Casado Vicente^{a,b}

^a Centro de salud Universitario y Docente de Parquesol, Valladolid Oeste, Valladolid, España

^b Unidad Docente Universitaria de Medicina de Familia del Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología, Facultad de Medicina, Valladolid, España
Correo electrónico: veronica.casado@telefonica.net

4 de enero de 2016