

ARTICULO ESPECIAL

La medicina de familia en seis países europeos

María del Pilar Fernández Del Río

*Medicina de Familia y Comunidad, actualmente R-4 en «Igiene e Medicina Preventiva»
Scuola di Specializzazione di Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Milano (UNIMI), Milán, Italia*

Recibido el 27 de octubre de 2009; aceptado el 22 de marzo de 2010
Disponible en Internet el 24 de mayo de 2010

PALABRAS CLAVE

Medicina de familia;
España;
Sistemas sanitarios;
Europa

KEYWORDS

Family practice;
Spain;
Health care system;
Europe

Resumen

Este artículo pretende dar una visión de la situación actual de la medicina de familia española en Europa, comparándola con la medicina de familia en Italia, Inglaterra, Francia, Alemania y Dinamarca.

La medicina de familia española resulta ser la única donde los médicos son dependientes del sistema sanitario, trabajan en equipo multidisciplinar y son los únicos con un salario fijo. La población española opina que es una de las mejores en cuanto a facilidad de acceso y calidad de los médicos. Todo esto siendo España uno de los países con menor gasto en sanidad.

Algunos sistemas sanitarios europeos están introduciendo características en la medicina de familia que el sistema sanitario español ya ha introducido progresivamente en los últimos 20 años, por lo que representa un modelo para otros países.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Family medicine in six European countries

Abstract

This article aims to contextualize the situation of the Spanish family practice in Europe in relation with family practice in Italy, England, France, Germany and Denmark.

The Spanish family practice is the only one in Europe where doctors are dependent on the health care system, work in multidisciplinary teams and they are the only ones to be paid through a salary. The population perceive family practice to be the most accessible and to have very good quality doctors. And all of this with Spain being the country that spends the least in health care.

Some European health systems are trying to introduce some of the features that the Spanish health system has increasingly introduced over the past 20 years, thus becoming a model for other countries.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Correo electrónico: mariapilar.fern@gmail.com

Introducción

La reforma de la atención primaria en España iniciada en 1984 muestra un significativo incremento en las prestaciones y capacidad resolutoria de este nivel asistencial, con un desarrollo importante en los últimos 15 años, tanto cualitativo como cuantitativo, de su oferta o cartera de servicio¹.

La incorporación de médicos de familia y enfermeras en equipos de atención primaria, con una nueva filosofía de trabajo en equipo multidisciplinar, la dedicación a tiempo completo de los profesionales sanitarios, el desarrollo de programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, el desarrollo de programas comunitarios, y la construcción y puesta en funcionamiento de nuevas infraestructuras (una importante red de centros de salud, en pocos años), ha revolucionado la atención primaria poniéndola a la cabeza de la reforma del sistema sanitario en España y posibilitando un desarrollo espectacular que la ha situado entre las mejores del mundo².

A pesar del gran avance conseguido hasta ahora por la atención primaria y la ampliación de la cartera de servicios, es necesario seguir avanzando y si es posible con una perspectiva premonitoria¹.

Para seguir avanzando es inevitable ver en qué punto se encuentra actualmente la medicina de familia española con respecto a otros países europeos. Ese es el propósito del presente artículo en el que se compara la medicina de familia de 6 de las principales potencias europeas.

Cada una de estas naciones se ha seleccionado en función de particularidades importantes. En primer lugar, Inglaterra ha sido uno de los modelos de inspiración del sistema sanitario español e italiano^{3,4}. El sistema sanitario francés fue declarado como el mejor por la OMS⁵. Alemania siempre ha tenido uno de los gastos sanitarios más elevados⁶. Dinamarca tiene un sistema de Bienestar orientado a la llamada flexiseguridad y ha sido considerado un modelo de inspiración de algunas propuestas para la reforma sanitaria italiana. Por último, Italia, donde se están planteando una reforma sanitaria, con el 70% de los médicos que se retirarán en los próximos 10 años, sobre todo los médicos de familia⁷.

Para realizar esta comparación se han utilizado como fuentes de información el «Health care systems in transition» WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies^{4-6,8-11}, y en el caso de información no actualizada, se han consultado datos recientes de otras organizaciones gubernamentales^{7,12-14}. Como indicadores sanitarios se han analizado los últimos datos del OMS¹⁵ y del Organisation for Economic Co-operation and Development (OCSE)^{16,17}, observando el gasto sanitario en % PIB, la esperanza de vida y la esperanza de vida libre de enfermedad, los años de vida potencialmente perdidos, la tasa de mortalidad infantil, el número de médicos y de camas de los hospitales para agudos. Asimismo, con el Eurobarómetro¹⁸ se ha evaluado la percepción de la calidad de la medicina de familia y de los hospitales por las poblaciones de estos países.

Sobre la medicina de familia se ha analizado si los médicos de familia tienen función de puerta de entrada al sistema sanitario, si trabajan solos o en colaboración, el tipo de contrato que tienen y cómo se les paga. También si la

población de estos países debe pagar o no al momento de utilizar estos servicios sanitarios.

Características de los sistemas sanitarios de los seis países

Beveridge o Bismarck

Los países que tienen un National Health Service (NHS) o Sistema Sanitario Nacional son Dinamarca⁸, Italia⁹, Inglaterra^{4,12} y España^{10,13}. Beveridge, en el informe de 1942 definía las 3 características generales que debe tener un NHS: ser universal, gratuito en el momento de uso y financiado a través de los impuestos^{19,20}. Estos países tienen un origen común Bismarckiano, modelo que nace en 1883, en la Alemania de Bismarck, de la preocupación por la salud de los trabajadores, basándose en un sistema de seguridad social²⁰. Progresivamente, los citados países han cambiado a un sistema de NHS: Inglaterra pone en funcionamiento el NHS en 1948^{4,12}, Dinamarca en 1973⁸, Italia en 1978²¹ y por último España en 1986^{2,22}.

En cambio, Francia⁵ y Alemania⁶ han continuado con un sistema Bismarckiano pero introduciendo cambios interesantes como la cobertura universal en Francia CMU (Universal Health Coverage) 2000⁵.

Características de la medicina de familia

En Francia y en Alemania los médicos de familia (MF) no realizan la función de *puerta de entrada al sistema sanitario*, por lo que la población puede acudir a un MF o a un especialista directamente, sin necesidad de la derivación del MF, pero los pacientes pagan la consulta^{5,6}. En cambio en los países con un NHS, los médicos de familia tienen función de puerta de entrada al sistema^{4,8-10}.

Con respecto al tipo de *contrato* que tienen los MF, España es el único país donde los médicos de familia son dependientes del sistema de salud¹⁰. En los demás países los médicos son trabajadores autónomos o por cuenta propia y tienen un contrato con las aseguradoras o con el sistema sanitario. En estos países los médicos tienen que pagar por el centro o la consulta donde trabajan y contratar al personal administrativo y/o de enfermería con su presupuesto^{4-6,21,23}.

En Francia el 38% de los médicos *trabajan en grupo*, sobre todo los MF, pero todavía la mayoría lo hacen solos⁵, como sucede en general en Alemania y en Italia^{6,9}. En Dinamarca el 66% de los MF trabajan en grupo⁸. Es en los países con un menor gasto sanitario, Inglaterra y España, donde la mayoría de los MF trabajan en grupo. En Inglaterra la media es de 3 médicos por grupo, y en España se realiza una asistencia multidisciplinar que incluye médicos, enfermeros, administrativos y otros profesionales sanitarios en los Centros de Salud^{4,10,12,13}.

En Francia y Alemania la mayor parte del *sueldo* se basa en el número de prestaciones que realizan^{5,6}. En Dinamarca esas prestaciones determinan el 70% del salario, mientras que el 30% restante se basa en el número de pacientes⁸. En Italia y en Inglaterra se les paga según el número de pacientes, a parte de los incentivos por el rendimiento y ciertas prestaciones a parte^{4,9}. España es el único país donde se les paga en base a salario, variando en un 15%

Tabla 1 Características del Médico de medicina de familia en los seis países

Países en orden de mayor a menor gasto total sanitario (%PIB) ^{15,16}	Médico de familia				El paciente paga cuando utiliza el servicio
	Función de puerta de entrada	Tipo de contrato	Cómo trabajan	Cómo son pagados	
Francia ⁵	No	Autónomo	Solos (38% en grupo)	N.º prestaciones	Sí
Alemania ⁶	No	Autónomo	Solos	N.º prestaciones	Sí
Dinamarca ^{8,14}	Sí	Autónomo	33% solos resto en grupo	N.º prestaciones (30% n.º de pacientes)	No; sí grupo 2 (1,7%)
Italia ^{9,21}	Sí	Autónomo	Solos	N.º de pacientes	No
Inglaterra ^{4,11,12}	Sí	Autónomo	En grupo	N.º de pacientes (n.º prestaciones, incentivos)	No
España ^{10,13}	Sí	Dependiente	Equipo multidisciplinar	Salario (15% n.º pacientes incentivos)	No

Fuentes: datos elaborados de «The European Observatory on Health Care Systems (euro WHO)» y fuentes ministeriales.

Tabla 2 Tipos de sistema y algunos indicadores y recursos sanitarios

Países en orden de mayor a menor gasto sanitario total (%PIB) ^{15,16}	Tipo de sistema sanitario	N.º de médicos/100.000 habitantes	Esperanza de vida	Esperanza de vida libre de enfermedad (hale) 2003	Tasa de mortalidad infantil	N.º de camas hospital agudo/1000 hab	Años de vida potencialmente perdidos/100.000 ^a mujer/hombre
Francia	SSH ^b	3,4	81	72	4	7,3	2.292/4.805 (2005)
Alemania	SSH ^b	3,4	80	72	4	8,3	2.226/4.062
Dinamarca	NHS ^c	3,6	79	70	3	3,8	3.081/4.723 (2001)
Italia	NHS ^c	3,7	81	73	3	4,0	2.126/4.018 (2003)
Inglaterra	NHS ^c	2,3	79	71	5	3,9	2.649/4.326 (2005)
España	NHS ^c	3,3	81	73	4	3,4	2.000/4.399 (2005)

Fuentes: datos elaborados del «World health statistics 2008»¹⁵.

^aDatos elaborados de «OECD HEALTH DATA 2008» (datos 2006)¹⁶.

^bSSH: sistema basado en las aseguradoras sociales (Seguridad Social).

^cNHS: National Health Services.

según el número de pacientes y las características de los mismos, a parte de los incentivos¹⁰ (ver [tabla 1](#)).

En Francia los pacientes *pagan la consulta* y luego la aseguradora les reembolsa una parte. En Alemania pagan 10 euros por la primera visita por un período de 3 meses^{5,6}. En cambio en los países con un NHS los pacientes no pagan la visita del MF^{4,8-10}, solo Dinamarca ofrece una modalidad llamada «Grupo 2» en la cual los pacientes pagan parte de la consulta pero pueden ir directamente al MF o a un especialista⁸.

Comparación de algunos indicadores y recursos sanitarios

Si observamos la [tabla 2](#), vemos cómo el número de médicos es ligeramente superior en Italia y menor en los países que gastan menos en sanidad (España e Inglaterra). La esperanza de vida al momento del nacimiento varía de 79–81 sin

grandes diferencias, siendo mayor en Francia, Italia y España. La esperanza de vida libre de enfermedad va de un mínimo de 70 en Dinamarca a un máximo de 73 en España e Italia. La tasa de mortalidad es ligeramente superior en Inglaterra y menor en Dinamarca e Italia. Y con respecto a los años de vida potencialmente perdidos, estos son menores en Alemania, Italia y España. Además se ve como los sistemas basados en la seguridad social tienen un mayor número de camas en hospitales para agudos y son los países con un mayor gasto sanitario. Véase la financiación y el gasto sanitario de cada país en la [tabla 3](#) y el [figura 1](#).

En la [tabla 4](#) podemos ver la *satisfacción de la ciudadanía* de estos 6 países europeos respecto a la *calidad de los MF*. Cuando se les pregunta qué piensan de la calidad del MF, responden que es buena en todos los países en un porcentaje superior a la media de la Unión Europea (UE-27), excepto en Italia. España se encuentra entre los 3 primeros. Los usuarios piensan que el acceso al MF es fácil y solo España,

Tabla 3 Financiamiento y gasto sanitario

Países	Fuente de financiamiento	Gasto sanitario total % PIB	% gasto publico	% gasto privado	% gasto en Seguridad Social
Francia	Seguridad social	11,2	79,9	20,1	93,8
Alemania	Seguridad social	10,7	76,9	23,1	87,6
Dinamarca	Impuestos generales	9,1	84,1	15,9	0,0
Italia	Impuestos generales	8,9	76,6	23,4	0,2
España	Impuestos generales	8,2	71,4	28,6	6,6
Inglaterra	Impuestos generales	8,2	87,1	12,9	0,0

Fuente: datos elaborados de «World health statistics 2008»¹⁵.

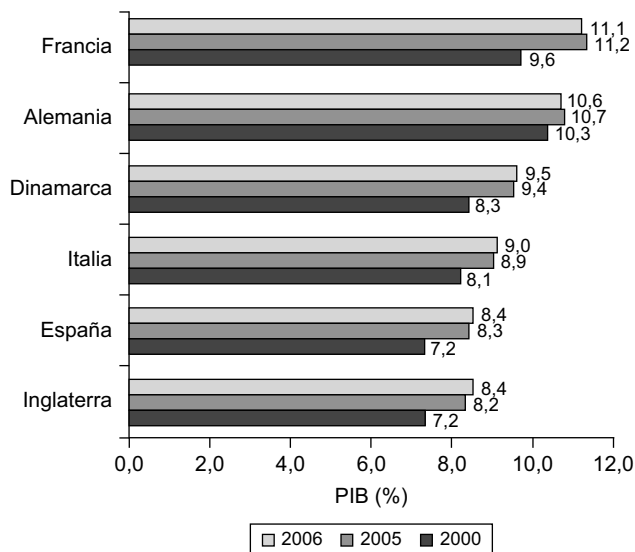


Figura 1 Gasto sanitario total (%PIB) en los años: 2000, 2005 y 2006.

Tabla 4 Calidad percibida por las poblaciones de los seis países europeos sobre los médicos de familia y los hospitales

Calidad del médico de familia % de población que opina sea buena	Facilidad de acceso al médico de familia % de población que opina sea facil	Calidad de los hospitales % de población que opina sean buenos
Francia: 93	España: 94	Dinamarca: 85
Dinamarca: 91	Alemania: 94	Francia: 83
España: 89	Francia: 93	España: 82
Alemania: 88	Media ue-27: 88	Alemania: 79
Inglaterra: 88	Inglaterra: 86	Inglaterra: 77
Media ue-27: 84	Italia: 83	Media ue-27: 71
Italia: 77	Dinamarca: 82	Italia: 63

Fuente: datos elaborados del Eurobarometer. «Special Surveys. Health and long-term care in the European Union Fieldwork: May-June 2007»¹⁸.

Alemania y Francia superan la media de la UE-27. Asimismo se considera que hay buenos Hospitales, superando en todos los países la media de la UE-27, a excepción de Italia.

En este caso, España se sitúa entre los 3 primeros puestos, con mayor satisfacción.

Comentarios y conclusiones

La medicina de familia en los seis países europeos

Al comparar los sistemas sanitarios y la medicina de familia en estos 6 países se observa una orientación común, con las siguientes características:

- los países donde no tienen la función de puerta de entrada los MF están intentando introducirla^{5,6},
- la mejora de la asistencia sanitaria primaria como instrumento de control del gasto sanitario^{5,6,10,12},
- la tendencia de los médicos de familia a asociarse^{5,6,8},
- el pago a los médicos según el número de pacientes o en base a salario^{5,6,12},
- la introducción de la cobertura universal del sistema sanitario por parte de la mayoría de los países^{4-6,8-10},
- y una reducción de las camas de hospital de agudos^{15,16}.

Hemos visto como los países que gastan más en sanidad, Francia y Alemania, y que se basan en un sistema sanitario de seguridad social, están intentando introducir la función de puerta de entrada al sistema sanitario por parte de los médicos de familia, incentivando esta opción^{5,6}; Por ejemplo en Alemania desde el 2004 se obliga a las aseguradoras sanitarias a ofrecer esta modalidad, aunque todavía con poco éxito⁶. Están intentando también cambiar la retribución de los médicos en base al número de pacientes, y está aumentando la modalidad de trabajo en equipo, sobre todo por parte de los médicos de familia^{5,6}.

En Dinamarca, en la última reforma de 2007, se ha pedido a los ayuntamientos que se responsabilicen más de la sanidad, creando centros de salud en cada consistorio⁸.

El sistema sanitario español es el único donde los médicos de familia dependen del propio sistema sanitario, son los únicos que reciben un salario fijo y trabajan en un equipo multidisciplinar, característica que venía definida en la declaración de Alma-ata en 1978 como esencial en la atención primaria²⁴.

Indicadores y recursos sanitarios

No se encuentran diferencias significativas entre los indicadores sanitarios de los distintos países analizados. Todos

ellos reflejan buenos resultados. España tiene una de las esperanzas de vida más altas al nacimiento y libre de enfermedad, es una de las naciones con menor número de años potencialmente perdidos y de las que menos camas tienen en los hospitales para agudos^{15,16}.

Con respecto al gasto sanitario, España es uno de los estados, junto con Inglaterra, con menor gasto sanitario según el PIB^{15,16}.

A la vista de estos indicadores no se puede determinar cuál es el mejor sistema sanitario, ya que, como decían Van der Zee y Kroneman¹⁹, los diferentes métodos de recogida de datos de cada país dificultan la comparación. En una investigación realizada por estos autores se comparan los sistemas sanitarios de 17 países europeos, estableciendo 2 grupos, uno con los países que tienen un NHS y otro con los que tienen un sistema sanitario SSH. La investigación concluye que los indicadores sanitarios entre estos 2 modelos de sistema no son significativamente diferentes. Los países con un sistema SSH tienen, en general, un gasto sanitario mayor y el nivel de satisfacción de sus usuarios es también sensiblemente superior al de la población con NHS¹⁹.

Satisfacción de la población con la medicina de familia

La población española sitúa a la medicina de familia en el primer puesto en cuanto a facilidad de acceso al MF y en el tercero en cuanto a calidad¹⁸. Sin embargo, aunque según Van der Zee y Kroneman¹⁹ las poblaciones con un SSH están más satisfechas con el sistema, vemos como España, que tiene un NHS, consigue crear un nivel de satisfacción en la población similar a países como Francia y Alemania.

Limitaciones

Este artículo solamente describe una parte de las características que la medicina de familia tiene en los 6 países estudiados, y no puede establecer relaciones causales entre las características del sistema y los resultados en salud, pero nos permite reflexionar sobre factores sanitarios, sociales y económicos a tener en cuenta.

Expectativas futuras

En el futuro los países deberían plantearse seriamente si un mayor gasto sanitario se traduce en una mayor satisfacción de la población respecto a la asistencia, y si este gasto supone una mejoría real de salud, entendiendo esta, como bienestar físico, psíquico y mental, ya que los indicadores sanitarios actuales no clarifican estos aspectos.

Conclusiones

La medicina de familia española es la única donde los médicos dependen del sistema sanitario, trabajan en un equipo multidisciplinar y disponen de un salario fijo. La población española opina que es una de las mejores en cuanto a facilidad de acceso y calidad de los médicos. Todo esto a pesar de que España es uno de los países, junto

con Inglaterra, con menor gasto total sanitario respecto al PIB.

De hecho, algunos sistemas sanitarios europeos están intentando introducir características que el sistema sanitario español ha venido incorporando progresivamente en los últimos 20 años, de modo que la medicina de familia española se sitúa, hoy en día, como un referente para otros países.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007–2012. Sanidad 2007. [consultado 13/12/2008]. Disponible en: http://www.msc.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf.
2. Palacios AJ. El Sistema Nacional de Salud 20 años después. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI. Sábado 1 Abril 2006. Volumen 4-Número 2 p. 311–22.
3. Neri S. La regolazione dei sistemi sanitari in Italia e Gran Bretagna. Milano; 2006.
4. Health Care Systems in Transition United Kingdom. The European Observatory on Health Care Systems, 1999.
5. Sandier S, Paris V, Polton D. Health care systems in transition. France: Copenhagen; 2004.
6. Busse R, Riesberg. A. Health care systems in transition: Germany. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
7. Ministero della Salute. Direzione generale del sistema informativo. Attività gestionali ed economiche delle A.S.L e Aziende Ospedaliere. Anuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale, Anno 2005. Aprile 2007.
8. Strandberg-Larsen M, Nielsen MB, Vallgård S, Krasnik A, Vrangbæk K, Mossialos E. Denmark: Health system review. Health Systems in Transition. 2007;9:1–164.
9. Donatini A, Rico A, D'Ambrosio MG. Health Care Systems in Transition: Italy. European Observatory on Health Care Systems WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on 2001.
10. Durán A, Lara JL, Waveren Mv. Spain: Health system review, Health Systems in Transition, 2006; 8.
11. Boyle S. Health system snapshots: perspectives from six countries. Eurohealth. 2008;14.
12. NHS Choices. About the NHS. [consultado 2/8/2008]. Disponible en: <http://www.nhs.uk/aboutnhs/pages/about.aspx>.
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. Organización institucional. [consultado 25/8/2008]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/ministerio/home.htm>.
14. Health care in Denmark. Ministry of the Interior and Health. [consultado 17/7/2008]. Disponible en: http://www.im.dk/publikationer/healthcare_in_dk/healthcare.pdf.
15. World health statistics 2008. [consultado 17/9/2008]. Disponible en: <http://www.who.int/whosis/whostat/2008/en/index.html>.
16. OECD Health Data 2008: Statistics and Indicators for 30 Countries. [consultado 17/9/2008]. Disponible en: http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_34631_12968734_1_1_1_1,00.html.
17. Growth in health spending slows in many OECD countries, according to OECD Health Data. 2008. [consultado 17/9/2008]. Disponible en: http://www.oecd.org/document/27/0,3343,en_2649_33717_40902299_1_1_1_1,00.html.
18. Eurobarometer. Special Surveys. Health and long-term care in the European Union Fieldwork: May–June 2007. Publication: December 2007. Report.
19. Van der Zee J, Kroneman MW. Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. BMC Health Serv Res. 2007;7:94.
20. Comodo N, Maciocco G. Igiene e Sanità Pubblica. Carocci Faber ed; 2005.

21. Libera Università di studi sociali-Luiss "Guido Carli" Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche «V. Bachelet». Libro bianco sui principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale. 2008. [consultado 30/8/2008]. Disponible en: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_808_allegato.pdf.
22. Ministerio de Sanidad y Consumo. Traspaso a las Comunidades Autónomas de las competencias en materia de sanidad: Reales Decretos. [consultado 30/10/2008]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/ccaa/home.htm>.
23. Smith J, Mays N. Primary care trusts: do they have a future? *BMJ*. 2005;331:1156-7.
24. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-ata, URSS, 6-12 de Septiembre de 1978.