

El impacto de la Atención Primaria en Europa

Kringos DS, Boerma W, Zee J, Groenewegen P.

Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending.
Health Affairs. 2013;4:686-94.

Marco

Es clásico considerar los servicios sanitarios en niveles de complejidad según la concentración de recursos, y separar un primer nivel (atención primaria, AP) de un segundo y tercer nivel (atención hospitalaria). La organización lógica reserva la atención hospitalaria para las situaciones y casos que justifican la aplicación de medidas de gran consumo de recursos, y asigna a una AP fuerte el resto de actividades. ¿Hasta qué punto esta organización logra un impacto positivo en salud, y a qué coste?

Objetivo

Valorar el impacto de la AP en los países europeos.

Tipo de estudio y métodos

Se trata de un estudio ecológico del impacto de la AP en 31 países europeos. Resume la tesis doctoral de Kringos (1). Como variables independientes se utilizan cinco dimensiones de la fortaleza de la AP: estructura (regulación, financiación y personal), accesibilidad (oferta, citaciones, aceptabilidad), continuidad (lista de pacientes, historia clínica electrónica, tiempo de consulta), coordinación (multidisciplinariedad y relación con especializada y salud pública) y resolutividad (cartera de servicios, técnicas médicas). La elección y "calibración" de estas variables se realiza mediante revisión bibliográfica y colaboración de expertos dentro del proyecto europeo Monitor de la Actividad de la AP en Europa. Las variables dependientes incluyen varios indicadores de resultados: 1/ hospitalizaciones potencialmente evitables por asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y diabetes; 2/ satisfacción con la AP; 3/ gasto sanitario total y tasa de crecimiento; 4/ años de vida potencialmente perdidos por diabetes, enfermedades cardiovasculares y respiratorias; y 5/ desigualdades por nivel educativo en salud autopercebida. Para su medición se utilizan datos de la OCDE, la OMS y Eurostat para 2006-2009. La metodología consiste en estimar correlaciones y regresiones bivariadas, incluyendo una variable de control por cada regresión. Las variables de control son: para los indicadores de resultado 1/, las camas per cápita y la prevalencia de asma, EPOC y diabetes; para los 3/, el PIB per cápita y su crecimiento en 2000-2009; para los 4/, el porcentaje de población fumadora, con sobrepeso o hipertensión; y para el 5/, la inequidad en la prevalencia de obesidad y tabaquismo.

Resultados

La Figura 2 del artículo incluye correlaciones bivariadas sin ajuste por variables de control. De las 65 estudiadas, 7 son significativas ($p<0,1$). La accesibilidad se asocia a menores hospitalizaciones por diabetes; la continuidad a menor inequidad en salud; la coordinación a menos años perdidos por enfermedades respiratorias; y la resolutividad a un menor crecimiento del gasto, menores hospitalizaciones por asma, y menos años perdidos por enfermedades cardiovasculares. La magnitud de las asociaciones varía entre 0,36 y 0,52. Se comentan también las regresiones bivariadas con variables de control incluidas en el apéndice del artículo. Todas las correlaciones se mantienen, menos una (resolutividad y hospitalizaciones por asma); y aparecen dos nuevas asociaciones, entre la estructura de la AP y dos indicadores de resultados: los años de vida perdidos por enfermedades cardiovasculares y el gasto en 2009. Este último resultado contrasta con la correlación entre ambas variables, de -0,01 y no significativa.

Financiación: Comisión Europea y NIVEL.

Conflictos de interés: No declaran ninguno.

Correspondencia: d.s.kringos@amc.uva.nl

COMENTARIO

Ha transcurrido más de una década desde la última evaluación empírica comparada del impacto de una AP fuerte en Europa (2), que cubría 18 países y tan sólo resultados en mortalidad. El artículo es por ello el primero en evaluar de modo comparado y conjunto el impacto de una AP fuerte en toda Europa sobre aspectos críticos del sistema como el gasto sanitario y su evolución, las hospitalizaciones evitables, las desigualdades en salud o la satisfacción con la AP. El trabajo es ambicioso y riguroso y se basa en un análisis empírico amplio y sensato que permite demostrar el impacto positivo de varias dimensiones independientes de una AP fuerte sobre la sanidad y la salud. Coincide en ello con trabajos previos que fijaron las bases de la fortaleza de la AP a través de unos pocos criterios claros y consensuados: 1/ cobertura universal con regulación gubernamental, 2/ distribución de los recursos según necesidades de la población, 3/ oferta de servicios muy variados y 4/ bajos o inexistentes copagos (2) (3). En este trabajo se cumplen los indicadores de la fortaleza a casi un centenar; aunque para cerca de la mitad sólo se dispone de evaluaciones subjetivas de un número reducido de expertos (1). Esto lleva a que el listado de países con una AP fuerte sea en algunos casos discrepante al obtenido en trabajos previos (1) (2). Otro problema es que la asociación entre AP fuerte y mayor gasto se basa en un coeficiente de regresión de magnitud baja (0,153), en ausencia de correlación entre variables o evidencia gráfica de la bondad del ajuste. El análisis agregado lleva además a maquillar grandes problemas como el desmantelamiento de la AP en Reino Unido (4), con el abandono de la clínica por los médicos generales titulares, dedicados al "negocio"; la contratación de médicos y de enfermeras para cumplir con indicadores de rendimiento (y de pago); y la agrupación de listas de pacientes personales en una lista global del centro de salud (5).

Ana Rico

Científica Titular, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

Juan Gérvás

Médico general jubilado, Equipo CESCA, Madrid.

(1) Kringos D. The strength of primary care in Europe, Utrecht (The Netherlands); NIVEL/Utrecht University, 2012. URL: <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Proefschrift-Dionne-Kringos-The-strength-of-primary-care.pdf>.

(2) Macinco J Starfield B Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. HSR.2003;38:831-65.

(3) Starfield B. Primary care, an increasingly important contributor to effectiveness, equity and efficiency of health services. SESPA report 2012. Gac Sanit. 2012;26(S):20-6.

(4) Jones R. Dismantling general practice. Br J Gen Pract. 2007;57:860-1.

(5) Spence D. We are all business people now. BMJ 2014;348:g1322.