

ARTÍCULO ESPECIAL

Atención primaria en Europa

J. Gervas*, A. López Miras** y R. Sánchez Pastor**

*Médico general. Equipo CESCA. Profesor, Escuela Nacional de Sanidad. Madrid.

**Médico general. Investigador asociado, Escuela Nacional de Sanidad. Madrid.

Introducción

La atención primaria en Europa occidental gira en torno al médico general/de familia. Los países del Este de Europa, que tenían un modelo en el que el médico general no existía o tenía un papel irrelevante, están emprendiendo reformas tendentes a implantar la figura del médico general, que es fundamental para lograr un trabajo eficiente del sistema sanitario¹.

Europa incluye: *a*) la Comunidad Europea (CE), agrupación de doce naciones cuyos datos básicos se resumen en la tabla 1; *b*) la EFTA (European Free Trade Association), agrupación de siete naciones cuyos datos básicos se resumen en la tabla 2; *c*) la Europa del Este, conglomerado de naciones en convulsión tras el abandono del comunismo; en la tabla 3 se recogen los datos básicos de algunas de estas naciones, y *d*) otros países y microestados, como Andorra, Malta, Mónaco, San Marino, Turquía y el Vaticano.

Las naciones del continente europeo tienen una historia y cultura común que las diferencia de las de otros continentes. Sin embargo, en el conjunto europeo se encuentran países muy diferentes, desde Islandia a Turquía, y desde Finlandia a Malta. Por ello la imagen de Europa, que evoca más bien la Europa rica y del centro, es compleja y difícil de describir en su multiplicidad. En este estudio se tratará, fundamentalmente, de los países de la CE y de la EFTA.

Indicadores básicos

En las tres primeras tablas se incluyen los indicadores básicos de los países de la CE y EFTA^{2,3} y algunos países del Este^{4,5}. Respecto a población encontramos un microestado (Liechtenstein), dos países con menos de medio millón de habitantes (Islandia, Luxemburgo), un núcleo de países entre los cinco y diez millones (Dinamarca, Grecia, Austria, Bulgaria y otros), otro blo-

que con 15-20 millones (Holanda, Checoslovaquia y Rumania), y el conjunto de los grandes, entre los que destacan Alemania y Rusia.

La riqueza es muy desigual, pues encontramos los países pobres del Este (con la excepción de Bulgaria y Checoslovaquia), los países pobres de la CE (Grecia, Portugal y hasta cierto punto España) y los países ricos de la CE y de la EFTA (la máxima renta corresponde a los suizos, con casi 35.000 dólares per cápita).

La desigualdad en la riqueza se acompaña de desigualdad en el gasto sanitario. Gastan por encima del 7 % en sanidad todos los países con ingresos per cápita de más de 15.000 dólares (con excepción de Dinamarca y el Reino Unido), destacando Alemania, Francia, Suecia y Austria. También Hungría gasta más del 7 % del PIB en sanidad, aunque es un país pobre. En la tabla 1 se han incluido los datos de Estados Unidos y Japón (los dos competidores comerciales de la CE);

TABLA 1. Indicadores básicos de los países de la CE y de Estados Unidos y Japón

	Población (millones)	Población (% >65 años)	Población (densidad)	PIB per cápita (dólares USA)	Gasto sanitario (% PIB)	Gasto sanitario (per cápita)	Mortalidad infantil por mil	Esperanza de vida al nacer (años)	
								Hombres	Mujeres
Alemania	79,3	15,4	217	23.521	8,1	1.899	7,6	71,8	78,4
Bélgica	9,9	14,7	324	19.493	7,4	1.444	9,4	71,4	78,2
Dinamarca	5,1	15,5	119	25.462	6,2	1.587	7,5	71,8	77,7
Francia	56,4	14	102	21.081	8,9	1.867	7,7	72,3	80,6
Grecia	10	13,7	76	6.714	5,3	357	11	74,1	78,9
España	38,9	13,4	78	12.065	6,6	831	8,1	73,2	79,8
Holanda	14,9	12,7	356	18.542	8,1	1.500	6,8	73,3	79,9
Irlanda	3,5	11,1	51	12.121	7,1	856	8,6	71	76,7
Italia	57,6	14,3	191	18.870	7,6	1.426	9,3	72,7	79,4
Luxemburgo	0,4	13,3	142	23.058	7,2	1.649	9,4	70,6	77,9
Portugal	9,8	13,1	114	6.035	6,7	405	13	70,7	77,6
Reino Unido	57,4	15,6	233	17.037	6,1	1.039	9	72,4	78,1
Estados Unidos	259,6	12,6	26	20.774	12,4	2.566	10	71,5	78,3
Japón	123,6	11,5	326	23.507	6,5	1.537	4,8	75,5	81,3

Fuente: referencias bibliográficas 2 y 3.

TABLA 2. Indicadores básicos de los países de la EFTA

	Población (millones)	Población (% >65 años)	Población (densidad)	PIB per cápita (dólares USA)	Gasto sanitario (% PIB)	Gasto sanitario per cápita	Mortalidad infantil por mil	Esperanza de vida al nacer	
								Hombres	Mujeres
Austria	7,7	15,1	90	20.391	8,4	1.709	8,1	72	78,6
Finlandia	4,9	13	15	27.586	7,4	2.049	6,1	70,7	78,7
Islandia	0,3	10,5	2	22.115	8,5	1.874	6,2	74,6	79,7
Liechtenstein	0,03	—	175	16.964	—	—	—	—	—
Noruega	4,2	16,3	13	25.476	7,2	1.834	8,3	73,1	79,6
Suecia	8,5	17,7	19	26.878	8,7	2.341	5,8	74,2	80
Suiza	6,8	15	160	33.527	7,4	2.488	6,8	73,9	80,7

Fuente: referencias bibliográficas 2 y 3.

estas dos naciones gastan de muy distinta forma: Estados Unidos como un despilfarrador (12,4 %) y Japón como un país austero (6,5 %). Respecto a los dos indicadores sanitarios básicos, la mortalidad infantil y la expectativa de vida al nacer, también existe relación con la riqueza. En los países ricos la mortalidad infantil se encuentra por debajo del 9 por mil, excepto en Bélgica, Italia y Luxemburgo (y Estados Unidos). Irlanda y España, incluidos en el grupo de países pobres de la CE, también tienen tasas de mortalidad infantil por debajo del 9 por mil. La esperanza de vida al nacer es mayor de 71 años para los varones de todos los países de la CE y de la EFTA, con la excepción de Luxemburgo y Finlandia; las mujeres tienen más de 78 años de esperanza de vida al nacer en todos los países de la CE y de la EFTA con excepción de Dinamarca, Irlanda, Luxemburgo y Portugal. Hay que destacar los buenos resultados de Japón (tabla 1), con la tasa de mortalidad infantil más baja del mundo (4,8 por mil) y la expectativa de vida al nacer mayor del mundo, tanto para varones (75,5 años) como para mujeres (81,3 años). Por el contrario, para el nivel de riqueza y de gasto, los resultados de Estados Unidos son muy limitados (tabla 1).

Modelo sanitario

En todos los países europeos el sistema sanitario tiene financiación pública y cubre a toda (o casi toda) la población. De acuerdo con las ideas de Evans y Hurst^{6,7}, podemos agrupar estos sistemas públicos en tres modelos, según la forma de pago a los proveedores sanitarios: reembolso, salario y contrato (tabla 4). Cuando hay *reembolso*, se paga por

acto, y el paciente libra directamente el dinero al médico general. Con posterioridad, el paciente es reembolsado por el sistema público, habitualmente con copago (no se le reembolsa la totalidad de lo gastado)⁸. Siguen este modelo Francia y los países de su influencia (tabla 4). Cuando hay *pago por salario*, el médico general es un empleado/funcionario del sistema público y trabaja en edificios de propiedad pública⁸. Este es el modelo en todos los países del Este y de algunos otros, como Portugal y España (tabla 4). En varios países este sistema se está abandonando, bien experimentalmente (Suecia y Finlandia), bien definitivamente (Bulgaria, Checoslovaquia, Eslovenia y Rumania). El modelo de *contrato* implica que el médico general es un profesional liberal (como en el modelo de reembolso) que firma un acuerdo con el sistema público. Puede ser pagado por acto (como en Alemania) o per cápita, con diversos complementos (como en Dinamarca y el Reino Unido) (tabla 4). En cualquier caso el paciente visita al médico general sin tener que desembolsar dinero (aunque algunas veces hay una pequeña cantidad de copago); el médico general recibe directamente la remuneración del sistema sanitario público. Son características generales de los sistemas sanitarios europeos⁹:

1. La cobertura pública de la financiación. Los ingresos pueden provenir de las cuotas de los trabajadores (como en Alemania, Francia y Holanda, por ejemplo) o de los impuestos generales (sistema de impuestos, vigente, entre otros, en España, Portugal, el Reino Unido y Suecia).
2. El énfasis en la prevención, que va ligado a la cobertura de toda la

población con financiación pública. Se benefician especialmente de esta organización las vacunaciones y la atención prenatal¹⁰. La prevención puede depender de servicios específicos (como en Irlanda) o estar integrada en la atención primaria (como en España), aunque predominan los servicios comunitarios específicos¹⁰.
3. La descentralización, que puede llevar las responsabilidades en financiación y gestión del sistema sanitario hasta los ayuntamientos (como en Suecia). En Europa suele ser la región, más que el conjunto nacional, la unidad sanitaria. La regionalización se debe tanto a la concepción política (países nórdicos y España) como a la financiación (los sistemas de Seguridad Social, en Alemania, Holanda y Suiza)⁹.

Organización de la atención primaria

La organización de la atención primaria depende, básicamente, del modelo sanitario. En Europa en el *modelo de reembolso* (Francia, Bélgica, Luxemburgo y Andorra) los médicos generales son profesionales independientes que trabajan en sus propias consultas; habitualmente no se agrupan con otros profesionales, ni médicos ni enfermeras, manteniendo despachos individuales. En el *modelo de salario* los médicos generales trabajan en centros de salud de propiedad pública, agrupados con otros profesionales (médicos, enfermeras, fisioterapeutas, asistentes sociales y, a veces, farmacéuticos). El trabajo de profesionales sanitarios funcionarios en edificios públicos no asegura el trabajo en equipo, como se demuestra en Suecia, en cuyos centros de salud trabajan médicos y farmacéuticos que se ignoran¹¹.

En el modelo *de contrato* los médicos generales pueden ser pagados por acto o por capitación⁸. En los países en que se paga por acto, Alemania y su área de influencia (Austria, Liechtenstein y Suiza, y en un futuro próximo Checoslovaquia y otros países del Este), los médicos trabajan en una forma que recuerda a los países del modelo de reembolso: son profesionales que no se agrupan y que mantienen despachos individuales. En los países en los que hay pago por capitación (Dinamarca, Holanda, Irlanda, Italia y el Reino Unido) la situación es variable; en el Reino Unido la mayoría de los médicos generales trabajan en pequeños equipos de 3-4 profesionales en centros de salud de su propiedad. En Dinamarca y Holanda hay también predominio del trabajo en grupo, pero casi la mitad de los médicos generales trabajan en despachos independientes¹². En Irlanda e Italia los médicos generales suelen trabajar individualmente. Sólo en aquellos países en los que los médicos generales se agrupan para trabajar en centros de salud hay otros profesionales (principalmente enfermeras) que los comparten.

Libre elección de médico

La libre elección de médico tiene siempre limitaciones, al menos geográficas (sólo los andorranos pueden elegir médico en más de un país: Andorra, España, Francia y Portugal)¹³.

En los países de pago por reembolso hay libre elección de médico general y de médico especialista. Así pues, los pacientes pueden ir a ver a cualquier médico en Andorra, Bélgica, Francia, Luxemburgo y Mónaco. Ello implica una enorme competencia entre médicos generales y médicos especialistas. Así, las visitas a domicilio, que caracterizan al mé-

co general, constituyen el 30 % de los encuentros médico-paciente en Francia y el 50 % en Bélgica¹⁴. La libre elección de médico general y de médico especialista impide, también, que el primero actúe de filtro o «portero» al segundo nivel. La derivación del paciente desde la atención primaria a la secundaria depende más del paciente, que puede elegir directamente la visita al especialista, que del médico general. En el modelo de pago por salario los pacientes tienen un centro de salud o un médico general asignado. Es decir, no hay libre elección de médico general. Naturalmente, en todos los países europeos los pacientes pueden cambiar de médico general, pero en este modelo el proceso del cambio es complejo y dificultoso. En estos países, España entre ellos (tabla 4), el médico general es el que da paso al nivel secundario, es decir, actúa de filtro o «portero». La excepción es Suecia: el enorme peso histórico de la atención especializada (en el que se basaba íntegramente el sistema sanitario hasta mediados de los ochenta) explica que los suecos puedan elegir médico especialista (y hospital) estando asignados al mismo tiempo a un centro de salud y a un médico general concreto.

En el modelo de contrato la situación depende de la forma de pago a los médicos. Si se paga por acto (Alemania, Austria, Liechtenstein y Suiza) hay libre elección de médico^{8,13}. En estos países se intenta forzar la continuidad de la atención dando a los pacientes un bono que permite la consulta durante tres meses con el mismo médico. Es, no obstante, un vínculo laxo. Los pacientes eligen libremente, a su conveniencia, médico general y médico especialista. Con ello se produce la misma competitividad que se ha comentado respecto al modelo de pago por reembolso. Pero en

estos países del modelo de contrato con pago por acto se dispara la competencia en técnica y tecnologías entre médicos generales y especialistas. No es raro ver consultas de médicos generales alemanes equipadas «a la última» (en casos extremos, con alta tecnología).

Cuando el modelo de contrato se acompaña de pago per cápita (como en el Reino Unido y Holanda, por ejemplo) el médico general actúa de filtro o «portero»¹³. Es, pues, el médico general el que decide respecto al paso al nivel secundario. Además, no hay libre elección de médico, de forma que el paciente suele tener un médico asignado. Naturalmente, el paciente puede cambiar de médico en ciertas circunstancias o condiciones, pero el pago per cápita se acompaña de la asignación de una lista de población (en torno a las dos mil personas) al médico general y de la imposibilidad de elegir médico especialista. En algunos países, como en Holanda y Dinamarca, el sector más rico de la población puede elegir entre el sistema general o uno que le permite la libre elección de médico especialista/hospital, pero entonces tiene una penalización económica. En Irlanda, por otra parte, la clase media y alta no tiene médico general asignado, y el paciente paga por acto y elige libremente, tanto al médico general como al especialista¹².

Reformas sanitarias

Varios países europeos han emprendido la reforma de sus sistemas de salud^{7,9,10}, entre ellos Alemania, España, Finlandia, Holanda, Portugal, el Reino Unido y Suecia. Las reformas tienen en común el doble deseo de disminuir y controlar los costes y de aumentar la calidad de los servicios prestados a los ciudadanos. Los costes han aumentado

TABLA 3. Indicadores básicos de algunos países del Este de Europa

	Población (millones)	PIB per cápita (dólares USA)	Gasto sanitario (% PIB)	Mortalidad infantil (por 1.000 habitantes)	Esperanza de vida al nacer	
					Hombres	Mujeres
Bulgaria	9	8.050	6,3	14,7	68,3	74,6
Checoslovaquia	15,6	7.016	4,2	11,9	67,8	75,6
Hungría	10,6	2.010	7,1	15,8	66,1	74,2
Polonia	37,9	2.070	5	16,2	67,1	75,7
Rumania	22,9	2.540	5,4	23,4	67,1	72,7
Unión Soviética	280	-	3,4	25,1	67	76
Yugoslavia	23,4	2.300	4,5	25,2	68,5	74,3

Fuente: referencias bibliográficas 2 y 3.

especialmente en Islandia, Estados Unidos, Grecia, Canadá, Finlandia y España; pero incluso países como el Reino Unido, Suecia y Alemania, en los que ha disminuido o se ha mantenido el porcentaje del PIB dedicado a la sanidad, desean aumentar la eficiencia del sistema sanitario incrementando la calidad de los servicios sanitarios.

Los mecanismos para controlar el gasto y aumentar la eficiencia de la organización sanitaria son múltiples. Pueden agruparse en: a) *descentralización*, llevando los presupuestos y las decisiones tan cerca del ciudadano como sea posible, bien a través de sus representantes políticos (ayuntamientos), bien a través del médico de cabecera; b) *presupuestos cerrados*, que impidan el crecimiento descontrolado de alguna partida (farmacia, por ejemplo) o del global de los gastos de un profesional (médico general) o de un centro de salud; y c) *competitividad* entre los entes gestores/decisores, como las aseguradoras (Holanda), los ayuntamientos (Suecia) o los médicos generales (Reino Unido).

En general las reformas tienden a aumentar la capacidad de decisión del médico general y del paciente. El usuario recupera parte de su «soberanía», de forma que el principio básico es que el dinero sigue al paciente. Puesto que el mercado sanitario es un mercado imperfecto en el que el médico actúa de agente del paciente⁸, es lógico que se traslade la capacidad de decisión al médico de cabecera, quien defenderá los intereses de sus pacientes.

Medicina general en algunos países europeos

Alemania. Los médicos generales son profesionales liberales que contratan con las distintas mutuas (cajas aseguradoras de la Seguridad Social). Tanto los médicos generales como los especialistas cobran por acto y presentan sus facturas al Colegio de Médicos regional. Las mutuas libran el dinero, globalmente, a los colegios de médicos; éstos dividen la suma recibida entre los actos realizados por sus colegiados. Si los actos son muchos, la cantidad a cobrar por acto disminuye. Naturalmente, los colegios tienen un sistema informático extraordinariamente desarrollado para seguir a los médicos hiperactivos, que son re-

TABLA 4. Modelos sanitarios en Europa

De reembolso
Andorra
Bélgica
Francia
Luxemburgo
Mónaco
De salario
Bulgaria
Checoslovaquia
España
Finlandia
Hungría
Noruega
Polonia
Portugal
Rumania
Suecia
De contrato
Alemania
Austria
Bélgica
Dinamarca
Irlanda
Italia
Liechtenstein
Reino Unido
Suiza

sados y aconsejados, y llegado el caso, se ven obligados a devolver dinero si no pueden justificar su actividad¹⁵.

Los médicos generales alemanes hacen avisos a domicilio, tienen una intensa actividad clínica¹⁴ y están muy bien pagados, los mejores de Europa¹⁶. En Alemania hay libre elección de médico general y de especialista¹³, y la mayoría de los médicos generales trabajan en solitario¹².

En Alemania no hay restricciones al establecimiento de nuevas consultas de medicina general. Pero, como extensión lógica de la reforma que conllevó la aplicación del presupuesto global que se ha comentado, se prevé limitar el número de médicos generales en aquellas regiones en que haya más de un médico general por 2.000 habitantes. El plan de reforma también implica el establecimiento de un presupuesto para prescripciones farmacéuticas, que no podrá superar en 1993 el gasto del año 1991.

Dinamarca. Los médicos generales son profesionales liberales que contratan con el sistema nacional de salud. Los pacientes pueden elegir entre inscribirse con un médico general, que actúa como filtro para pasar al nivel secundario, o tener libre acceso a médicos generales y

especialistas (lo que escoge el 5 % de la población). En este segundo caso el médico cobra por acto y por encima de las tarifas negociadas para el resto de la población¹².

Los médicos generales daneses tienen, pues, una lista de pacientes asignados. Sus ingresos son en parte per cápita (2/5 del total de ingresos) y en parte por acto, según tasas que se cobran directamente al sistema nacional de salud. Aproximadamente la mitad de los médicos generales trabajan en grupo, de 3-4, que se eligen entre sí. Hay una fuerte tendencia progresiva a trabajar en grupo. Para que un médico general pueda abrir consulta necesita permiso, que se otorga a nivel provincial.

Finlandia. Los médicos generales son funcionarios del sistema nacional de salud que cobran por salario. El médico general trabaja por programas, en centros de salud que suelen tener camas (para cirugía menor, ancianos y obstetricia). Los programas de salud infantil y maternal depende, básicamente, de enfermeras especializadas¹⁷. El grado de despersonalización de la atención es enorme¹². Por ello, en 1984 se empezó a ensayar una nueva organización de los servicios de atención primaria, basado en el pago per cápita y la asignación de una lista de pacientes al médico de cabecera. El sistema nuevo es más barato y produce mejores resultados, con mayor satisfacción de médicos y de pacientes¹⁷. La idea es extenderlo a todo el país y transformar los centros de salud.

Francia. Los médicos generales son profesionales liberales que se establecen según su criterio. Los pacientes pueden elegir a cualquier médico general (y a cualquier especialista); el médico de cabecera no tiene, pues, la función de filtro/«portero»^{12,13}. El paciente paga en el acto al médico, y es reembolsado posteriormente por la Seguridad Social. Este reembolso se basa en tarifas preestablecidas e incluye copago (del 25 %). Algunos médicos se registran en el «sector 2», lo que les permite cargar facturas con precios por encima de los pactados entre los sindicatos médicos y la Seguridad Social. Los avisos domiciliarios constituyen el 30 % del total de los encuentros diarios¹⁴. La actividad clínica no es

un muy intensa, pero se trabajan muchas horas a la semana (atendiendo a pocos pacientes). La mayoría trabaja en solitario¹².

Holanda. Los médicos generales son profesionales liberales que contratan con las distintas mutuas (cajas aseguradoras de la Seguridad Social). La pertenencia a las mismas es obligatoria para el 60 % de la población; el resto, las clases altas, se aseguran con mutuas privadas, aunque hay un seguro nacional que cubre al total de la población contra los riesgos catastróficos (larga enfermedad, ingresos de más de un año, etc.).

Los médicos generales cobran per cápita, con un pago diferenciado, máximo para los 1.000 primeros pacientes y de menor cuantía según se acerca al límite de pacientes en la lista (3.000 personas). Los pacientes privados pagan por acto.

Hay libertad de elección de médico general en el municipio, siempre que el médico general tenga contrato con la mutua del paciente. El acceso a los especialistas se realiza a través de los médicos de cabecera. El médico general está bien pagado (los terceros en cuantía en Europa, después de alemanes y austríacos¹⁶) y la población está muy satisfecha con el sistema sanitario (más que en Alemania, Francia, el Reino Unido y España, pero menos que en Canadá¹⁸). Aproximadamente el 50 % de los médicos trabajan en grupo¹². En 1987 la Comisión Dekker introdujo las ideas para la reforma del sistema holandés; en esencia, se promueve la competitividad entre las cajas aseguradoras, que ofrecerán un paquete básico a todos los ciudadanos y un paquete específico, complementario, a pagar según los servicios ofertados. En 1992 la Comisión Dunning sobre priorización de servicios continuó apoyando la cobertura pública, pero señaló criterios para la selección de los servicios a ofrecer¹⁹.

Irlanda. Los médicos generales son profesionales liberales que pueden abrir consulta sin ningún requisito geográfico o poblacional. El contrato con el sistema sanitario público se establece tras cinco años de práctica en la misma área. La población se estratifica, según ingresos, en tres grupos: en la categoría de bajos ingresos (40 %) la atención ambula-

toria y hospitalaria es gratis; en la categoría de ingresos medios sólo algunos servicios de atención primaria (infantil y maternal) y todos los hospitalarios son gratis; en la categoría de ingresos altos sólo es gratis la actividad preventiva ambulatoria y los ingresos hospitalarios (pero no las consultas de los especialistas)¹⁴. La mayoría de los médicos generales trabajan en solitario. Los médicos generales tienen una lista de los pacientes de bajos ingresos, por los que cobran per cápita. Los demás pacientes pagan por acto; éstos pueden elegir médico general y especialista.

Reino Unido. Los médicos generales son profesionales liberales que contratan con el servicio nacional de salud. Se hacen responsables de una lista de pacientes, en torno a las 1.800 personas. Su remuneración básica es el pago per cápita, que representa el 40 % del total; los ingresos se complementan con cantidades variables de pago por acto (inmunizaciones, avisos a domicilio nocturnos, cuidados obstétricos, etc.) y pago por gastos (mantenimiento del centro, salario de los profesionales contratados por el médico general, etc.)^{8,15}. El médico general suele trabajar en grupo de 4-5 médicos que se eligen entre sí; aproximadamente un 10 % alquila los locales al sistema nacional de salud (centros de salud públicos). El acceso al nivel secundario se logra a través del médico general, que actúa de filtro/«portero». Hay servicios comunitarios muy desarrollados, como en Holanda e Irlanda, con los que colabora el médico general.

En 1991 comenzó una reforma de la atención primaria en la que se asigna un presupuesto global a los médicos que trabajan en un grupo; en este presupuesto el 60 % procede del pago per cápita^{20,21}. Los médicos deben utilizar ese presupuesto para pagar los gastos del centro, incluyendo los salarios de sus empleados (enfermeras, administrativos, etc.), y para proveer servicios a sus pacientes. Ello genera una dinámica de poder a favor del médico general, especialmente al contratar con los médicos especialistas: el médico general puede discutir la lista de espera, las condiciones de la atención y el coste de las consultas y de los ingresos hospitalarios. Natural-

mente, nada impide que los médicos generales presionen para obtener las condiciones que consideran óptimas para sus pacientes. Esta experiencia comenzó con 300 centros (algo más de 1.700 médicos) a los que se les exigió determinadas condiciones básicas, como el contar con una población atendida, cada uno, de más de 10.000 personas²¹. La evaluación el primer año demuestra que el sistema funciona, aunque requiere un buen soporte informático y la gestión por profesionales especializados.

Conclusión

Los médicos generales/de familia son la pieza básica de los servicios de atención primaria en Europa. En la mayoría de los países son profesionales independientes, que trabajan en grupo (especialmente si son pagados per cápita y tienen una lista de población asignada, con la excepción de Italia) o en solitario (en especial en los países de pago por acto, tanto en el modelo de reembolso como en el de contrato).

En los países en los que se paga por acto hay libre acceso al médico general y al especialista, lo que conlleva una gran competitividad. En Suecia, de modelo de pago por salario, hay también libre acceso al especialista. Se están llevando a cabo distintas reformas, entre las que destacan las de Alemania, Finlandia, Holanda y el Reino Unido. Se trata, en general, de controlar el gasto y aumentar la calidad de los servicios, reforzando la figura del médico de cabecera. Los españoles podemos aprender mucho del estudio de la medicina general en Europa, y en especial de las reformas; de hecho, podrían haberse evitado algunos errores de nuestra reforma^{1,22}, a través de la experiencia finlandesa, por ejemplo. Nunca es tarde para mejorar.

Bibliografía

1. Gené-Badía J. La medicina de familia en la nueva Europa. *Aten Primaria* 1992; 10: 703-704.
2. Shieber JG, Poullier JP, Greenwald LM. Health care system in twenty-four countries. *Health Affairs* 1991; 10: 22-38.
3. ECO-Santè, OCDE. V.1.01, MS-DOS. París, Credes-OCDE, 1991.
4. Rowland D, Telyukov AV. Soviet health care from two perspectives. *Health*

- Affairs* 1991; 10: 71-86.
5. Rowland D. Health status in East European countries. *Health Affairs* 1991; 10: 202-215.
 6. Evans RG. Incomplete vertical integration: the distinctive structure of the health care industry. En: Gaag JVD, Pelman M, Eds. *Health, economics and health economics*. Amsterdam, North Holland, 1991.
 7. Hurst JW. Reforming health care in seven European nations. *Health Affairs* 1991; 10: 7-21.
 8. Gérvas J. Fórmulas de pago para los médicos europeos. *El Médico* 1992; 454: 81-88.
 9. Jönsson B. What can Americans learn from Europeans? *Health Care Financing Rev* 1989 (supl): 79-93.
 10. Williams BC, Miller CA. Preventive health care for young children. Finding from a 10 countries study and directions for United States policy. *Pediatrics* 1992; 89: 982-998.
 11. Gévars J, Pérez Fernández M. Atención Primaria en Suecia. *Aten Primaria* 1988; 5: 389-394.
 12. Crombie DL, Zee J, Backer P. The interface study. Royal College General Practitioners. Occasional Paper, 48. Londres, 1990.
 13. Gérvas J. Obstáculos a la libre elección de médico. *El Médico* 1992; 470: 66-74.
 14. Fleming D, ed. The European study of referrals from primary to secondary care. Royal College General Practitioners. Occasional Paper, 56. Londres, 1992.
 15. Brenner G, Rublee DA. The 1987 revision of physician fees in Germany. *Health Affairs* 1991; 10: 147-156.
 16. Groenewegen PG, Zee J, Haaften R. Remunerating general practitioners in Western Europe. Avebury Aldek Shot 1991.
 17. Blee T. Health care in Finland. *Health Serv Manag* 1991; 87: 14-17.
 18. Blendon, Leitman R, Morrison I, Donegan K. Satisfaction with health systems in ten nations. *Health Affairs* 1990; 9: 185-192.
 19. Belenes R, Artells JJ. Los movimientos de reforma sanitaria en Europa: el informe Dunning en Holanda. *Jano* 1992; 43: 1760-1762.
 20. Day P, Klein R. Britain's health care experiment. *Health Affairs* 1991; 10: 39-59.
 21. Day P. The state, the NHS and general practice. *J Public Health Policy* 1992; 13: 165-179.
 22. Gérvas J. La reforma de la atención primaria en España: una propuesta pragmática. *Gac Sanitaria* 1989; 3: 476-481.

- Psiquiatr, Universidad de Zaragoza, 1980.
8. Seguí Montesinos J. Las tentativas autolíticas atendidas en el Servicio de Urgencias de un Hospital General (II). *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1989; 17: 353-359.
 9. Asociación Psiquiátrica Americana. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales / DSM-III*. Barcelona, Masson.
 10. Ramírez FM, Carrasco JL. Criterios de gravedad en la tentativa de suicidio. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1989; 17: 319-324.
 11. Hidalgo I, Guervos M, Díaz RJ. Estudio de la demanda psiquiátrica urgente en el Hospital de Área de Ávila. *An Psiquiatr (en prensa)*.
 12. Holding TA, Buglas D, Duffy JC, Kreitman N. Parasuicide in Edinburgh. A seven year review 1968-74. *Br J Psychiatry* 1977; 130: 534-543.
 13. Martínez JJ, Bayon C, Cuadrado P et al. Un estudio sobre tentativas de suicidio en el Hospital General. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1988; 16: 319-326.
 14. Hernández J, Jeri CG, Arnaldos J. Tentativa suicidio en el Hospital General. *Casuística. An Psiquiatr* 1989; 5: 43-48.
 15. Beaumont G. Suicide and antidepressant overdose in General Practice. *Br J Psychiatry* 1989; 155 (supl. 6): 27-31.
 16. Rosen DH. The serious suicide attempt: Epidemiological and follow-up study of 886 patients. *Am J Psychiatry* 1970; 26: 764-770.
 17. García-Maciá R, Sarro B, Giró M et al. Estudio descriptivo-estadístico de las tentativas de suicidio atendidas en un servicio de Urgencias de un Hospital General. *Rev Psiquiatr Psicol Med Eur Am Lat* 1984; 16: 530-539.
 18. Montejo L. Estudio epidemiológico en una muestra de suicidios frustrados. *Inf Psiquiatr* 1978; 73: 282-289.
 19. Sainsbury P. The epidemiology of suicide. En: Roy A, ed. *Suicide*. Baltimore, Williams and Wilkins, 1986.
 20. Ausina V, Anguera I. Aportación a la epidemiología de las tentativas de suicidio en la ciudad de Barcelona. *Med Clín* 1975; 64: 452-457.
 21. Ba G, Belloni L, Invernizzi G. Il tentativo de suicidio: rilevazioni nella clinica Psichiatrica dell'Università di Milano del 1964 al 1976. *Esp Magg* 1978; 73: 299-302.
 22. Giner J, Seoane J, Jiménez R. Diferentes constelaciones dentro de la conducta suicida. *Polia Neurops* 1972; 7: 123-133.
 23. Montejo L, Crespo MD, Ramos J. La tentativa de suicidio en la Unidad de Psiquiatría de un Hospital General. *Rev Dep Psiquiatr Fac Med Barcelona* 1985; 12: 113-121.
 24. Murphy GE, Wetzel RD. Family history of suicidal behavior among suicide attempters. *J Nerv Ment Dis* 1982; 170: 86-90.
 25. Achte KA, Guinman L. Suicidal attempts with narcotics and poisons. *Acta Psychiat Scand* 1966; 42: 214-232.
 26. Pallis DJ, Langley AM, Birtchnell J. Excessive use of psychiatric services by suicidal patients. *Br Med J* 1975; 3: 216-218.
 27. Blanch M, Bourgeois M, Henry P. La tentative de suicide: aspects actuels. *Ann Med Psychol* 1966; 124: 554-560.
 28. Saiz J, Montejo L. La tentativa de suicidio en el Hospital General. *Arch Fac Med Madrid* 1976; 29: 211-220.
 29. Udina C, Álvarez E, Catillón JJ, Pericay JM. La consulta psiquiátrica en el Servicio de Urgencias de un Hospital General. Estudio Comparativo de 100 casos. *Rev Depart Psiq Facult Med Barcelona* 1975; 3: 153-160.
 30. Van Prag H, Plutchik R. An empirical study on the "cathartic effect" of attempted suicide. *Psychiatr Res* 1985; 16: 123-130.

FE DE ERRATAS

En el volumen 12, número 5, de 1993 se publicó el trabajo «Atención Primaria en Europa». Por error el tercer autor apareció como R. Sánchez Pastor, cuando debería ser R. Pastor Sánchez.

En el artículo «¿Quién prescribe? Origen y adecuación de las prescripciones crónicas incluidas en un programa informatizado de largos tratamientos» (volumen 12, número 8,

15 de noviembre de 1993) existen dos erratas en las figuras 2 y 3:

En la figura 2, en la columna rotulada como «Recomendados» debería decir **No recomendados** y viceversa.

En la figura 3, en la columna donde dice «Prescripciones» debería decir **Derivadas recomendadas** y en donde dice *Derivadas recomendadas en la bibliografía* debería decir **Derivadas no recomendadas**.