

# El valor de la Atención Médica Primaria en los Sistemas de Salud

Stephen J. Spann, M.D., M.B.A.

Profesor de Medicina, Johns Hopkins School of Medicine, Baltimore, Maryland, EEUU.  
 Profesor de Medicina Familiar y Comunitaria, Baylor College of Medicine, Houston, Texas, EEUU.  
 Profesor de Medicina Familiar, United Arab Emirates University College of Medicine and Health Sciences,  
 Director Médico, Hospital Tawam, Al Ain, United Arab Emirates.



**Resumen:** Los sistemas de salud modernos necesitan mejorar el valor de la atención que brindan, disminuyendo sus costos y a la vez mejorando su calidad. Estudios efectuados en los EEUU han demostrado que contar con más médicos de atención primaria por población aumenta la calidad de la atención mejorando los resultados en salud, y disminuye los costos de atención, aumentando el valor de la atención en el sistema de salud. Estudios internacionales confirman que países con mejor infraestructura de atención médica primaria tienen mejores indicadores de resultados en salud y gastan menos por cápita en su atención en salud.

Varios estudios en los EEUU han demostrado que aumentando el número de médicos de familia por población y el número de consultas por pacientes con su médico de atención primaria mejora la detección precoz del cáncer; asimismo, estos estudios confirman una correlación positiva entre la continuidad interpersonal de la relación médico paciente y los resultados en salud y la satisfacción de pacientes con su atención.

El “valor agregado” de la atención médica primaria a un sistema de salud puede ser explicado por ciertas características de dicha atención, incluyendo primer contacto, continuidad interpersonal de la relación médico paciente, y enfoque preventivo.

**Palabras clave:** Atención Primaria de Salud, sistemas de Salud, médicos de familia, costos, calidad asistencial.

**Abstract:** Modern health care systems need to improve the value of their care to patients, lowering costs while improving quality. Studies in the United States have shown that an increase in the number of primary care physicians per population improves the quality and outcomes of care while lowering costs, increasing the value of healthcare. International studies confirm that countries with better primary medical care infrastructure have better health outcomes and spend less per capita on healthcare.

Several U.S. studies have shown that increasing the number of family physicians per population and the number of consultations with patients' primary care physicians improves the early detection of cancer. Several studies confirm a positive correlation between interpersonal continuity in the physician patient relationship and outcomes of care as well as patient satisfaction with care.

The “value added” of primary medical care to a health-care system can be explained by certain characteristics of said care, including first contact, interpersonal continuity of the physician patient relationship, and focus on prevention.

**Key words:** Primary Health Care, health systems, family practice, costs, quality of medical care.

## El Valor de la Atención en Salud

La mayoría de los sistemas sanitarios modernos aspiran a alcanzar la “triple meta” enunciada en el año 2008 por el Dr. Donald Berwick, entonces presidente del *Institute for Healthcare Improvement de Boston, Massachusetts*:

- costos de atención más reducidos,
- mejores resultados en salud de la población atendida,
- una mejor experiencia (y satisfacción) de esa población con su atención.<sup>(1)</sup>

E-mail: sspannm@gmail.com

La segunda y tercera de estas metas son medidas de *calidad de la atención sanitaria*.

El valor económico de un producto o servicio es dado por la relación entre su costo y su calidad:

**Valor = Costo/Calidad**

En un ejemplo fuera de la atención médica, si estamos considerando la compra de un automóvil nuevo y tenemos que elegir entre dos modelos de igual costo pero desigual calidad, elegiremos el de superior calidad, porque tiene el mejor valor. Si tengo que elegir entre dos modelos de idéntica calidad pero desigual costo, elegiré el que cuesta menos, porque tiene el mejor valor.

Los sistemas de salud modernos **necesitan mejorar el valor de la atención que brindan**: disminuir sus **costos**, y a la vez aumentar su **calidad** (resultados en salud y satisfacción de sus usuarios).

### Más no es necesariamente mejor

Muchas veces nuestros pacientes piensan que la atención médica altamente tecnológica y especializada constituye la atención de máxima calidad: si simplemente pidiéramos suficientes pruebas diagnósticas y recetáramos suficientes tratamientos (*medicamentos y procedimientos terapéuticos de alta complejidad*), la calidad de su atención médica sería la mejor.

Pero en la atención sanitaria, más no es necesariamente mejor.

Como podemos ver en la *Figura 1*, cuando graficamos **costos** (gastos) vs. **calidad de atención**, encontramos una meseta en la curva. Hay un punto óptimo ("O") pasado el cual más gasto (diagnóstico, terapéutico) no mejora la calidad; y más allá, hay un punto iatrogénico ("I") donde hacer más (estudios, tratamientos) disminuye la calidad de vida del paciente con efectos adversos sobre su salud y bienestar.

### El sistema de salud de Estados Unidos como ejemplo

El sistema de salud de los Estados Unidos ejemplifica la falta de correlación entre gastos en salud y su calidad (*resultados*).

A pesar de gastar mucho más en salud que cualquier otro país en el mundo, la población del país no disfruta de los mejores índices de salud<sup>(2)</sup>.

El país gasta casi el doble por cápita en salud de lo que gastan los países industrializados que están en segundo y tercer lugar (Alemania y Canadá)<sup>(3)</sup>.

A pesar de este nivel de gasto, los habitantes de los Estados Unidos tienen una **esperanza de vida más corta** que la de las poblaciones de 16 países industrializados pares en todos los grupos etarios excepto mayores de 75 años<sup>(2)</sup>.

La **esperanza de vida al nacer es menor**, y la mortalidad infantil (*6.8 por 1000 nacimientos vivos*) es más del triple de la de los países escandinavos. La prevalencia de bajo peso al nacer, y la mortalidad antes de la edad de cinco años, son más altos también.

Los adolescentes tienen más alta mortalidad por accidentes de tránsito y homicidios, y la incidencia más alta de embarazo e infecciones transmitidas por vía sexual.

La población tiene la segunda más alta prevalencia de infecciones de VIH y la más alta prevalencia de SIDA del grupo de 17 países industrializados pares.

La población de EEUU sufre **la más alta prevalencia de obesidad, y de diabetes mellitus** en adultos mayores de 20 años, y la segunda más alta prevalencia de cardiopatía isquémica de dicho grupo de países.

Enfermedades pulmonares y muertes relacionadas a las drogas son más prevalentes en los Estados Unidos.

Los pacientes de la tercera edad informan mayor prevalencia de artritis y limitaciones en sus actividades que sus pares en Inglaterra.

Los habitantes de los Estados Unidos tienen **mejor controlados su hipertensión arterial y sus lípidos séricos, y menor mortalidad por accidentes cerebrovasculares y cáncer, y más alta esperanza de vida después de los 75 años**, pero en lo demás enfrentan una amplia desventaja en salud en comparación a los habitantes de los otros 16 países industrializados comparados.

¿Qué explica esta desventaja en salud?

Un panel del *National Research Council e Institute of Medicine* del país exploró esta paradoja, encontrando claves en casi todas las clases de determinantes de salud consideradas<sup>(2)</sup>:

- Falta de cobertura universal en salud.
- Cimientos de atención primaria más débiles y mayores barreras al acceso a los cuidados de la salud.
- Mala coordinación de servicios.
- Lapsos en la calidad y seguridad de la atención.
- Mayor consumo de calorías por cápita.
- Mayor prevalencia de drogas de abuso.
- Menor uso de cinturones de seguridad, mayor conducción bajo la influencia de alcohol.
- Mayor número de armas de fuego por población.

- Más adolescentes con actividad sexual desprotegida.
- Mayor desigualdad en ingresos y pobreza relativa.
- Menor movilidad social.
- Sistema educacional más débil.
- Profundas disparidades socioeconómicas y de salud que afectan a poblaciones de bajos ingresos y poblaciones de minorías étnicas/raciales.

### Impacto del número de médicos de atención primaria sobre la salud de la población

Varios estudios efectuados en los Estados Unidos han demostrado una correlación entre la oferta de médicos de atención primaria (*médicos de familia, pediatras generales, internistas generales*) y resultados en salud<sup>(4)</sup>.

Estados con más médicos de atención primaria por población tienen:

- Menores índices de mortalidad total.
- Menores índices de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, cáncer y cerebrovasculares.
- Menores índices de mortalidad infantil.
- Menores índices de bajo peso al nacer.
- Mejores índices de estado funcional de salud según auto-reportajes.
- Mayor esperanza de vida al nacer.

Un estudio demostró que Estados con mayor número de especialistas (*no médicos de atención primaria*) por población tienen índices mayores de mortalidad total<sup>(5)</sup>.

Otro estudio encontró que pacientes en los EEUU que eran seguidos por un médico de atención primaria gastaron menos anualmente en salud y tuvieron un índice menor de mortalidad que pacientes seguidos por especialistas<sup>(6)</sup>.

Un estudio evaluó la relación entre el número de médicos de atención primaria por población, el número de médicos especialistas por población, y los gastos anuales por cápita

en salud, por estado, en pacientes mayores asegurados por Medicare en los Estados Unidos<sup>(7)</sup>.

Estos estudios encontraron que *el número de médicos de atención primaria por población en un estado era inversamente proporcional a sus gastos por cápita en salud, mientras que el número de médicos especialistas era directamente proporcional a sus gastos por cápita en salud*.

En los estudios mencionados efectuados en los Estados Unidos, encontramos clara evidencia que **más médicos de atención primaria por población aumenta la calidad de la atención mejorando los resultados en salud, y disminuye los costos de atención, aumentando el valor de la atención en el sistema de salud**.

### Estudios internacionales sobre el impacto del número de médicos de atención primaria sobre la salud de la población

Starfield y col. han replicado estos hallazgos en estudios internacionales. Encontraron que países con *mejor ranking en su infraestructura de atención médica primaria tenían mejor ranking en cuanto a sus indicadores de resultados en salud*<sup>(8)</sup>.

Los autores encontraron también que países con mejor infraestructura de atención médica primaria *gastaron menos por cápita en atención en salud*.

También demostraron el impacto de la atención médica primaria sobre indicadores de salud específicos, como:

- **bajo peso al nacer,**
- **mortalidad neonatal, posneonatal e infantil,**
- **años de vida perdidos prevenibles por todas las causas excepto externas y suicidio,**
- **esperanza de vida en individuos de edades de 40, 65 y 80 años.**

Para todos estos indicadores encontraron que los países con mejor ranking en atención médica primaria tenían mejores indicadores de salud<sup>(9)</sup>.

En un estudio de la contribución de sistemas de atención médica primaria a resultados en salud de países de la OCDE entre 1970 y 1998, Macinko y colegas encontraron que la fortaleza del sistema de atención primaria estaba negativamente correlacionada con<sup>(10)</sup>:

- Mortalidad de todas causas.
- Mortalidad prematura de todas causas.
- Mortalidad prematura por causas específicas de asma y bronquitis, neumonía e influenza, enfermedades cerebrovasculares y cardiovasculares.

Starfield y col. encontraron que la tasa de médicos de atención primaria por población, tiene más efecto sobre varios aspectos de la salud en áreas con más privación social. Concluyeron que *el número de médicos de atención primaria por población parece amortiguar de manera significativa los efectos adversos de desigualdades económicas sobre el estado de salud autoreportado por la población*<sup>(4)</sup>.



**Tendencias**  
EN MEDICINA

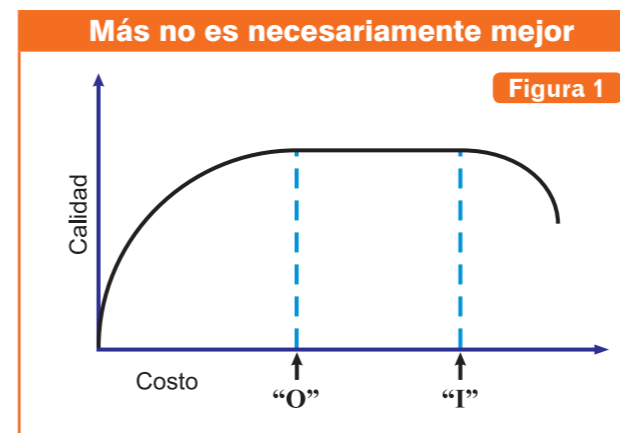
**La Revista Médica para TODOS los Profesionales de la Salud**

- Actualización médica continua
- Todas las especialidades médicas y quirúrgicas
- Escrita por destacados profesionales



**Tendencias**  
EN MEDICINA

**Contactenos:**  
[www.farmanuario.com](http://www.farmanuario.com) - [tendencias@farmanuario.com](mailto:tendencias@farmanuario.com)



Relación entre **costos** de atención y **calidad de atención**. Existe un punto óptimo ("O") más allá del cual más gasto no mejora la calidad; y un punto de iatrogenia ("I") pasado el cual más gasto en atención causa una disminución en la calidad de vida del paciente (iatrogenia)



## Médicos de atención primaria y la detección precoz del cáncer

Varios estudios han evaluado el impacto de médicos de atención primaria sobre la detección precoz del cáncer. Un estudio del impacto del número de médicos de familia por población sobre la incidencia y la mortalidad del cáncer de cérvix en el estado de Florida en EEUU encontró que por cada médico de familia por 10,000 habitantes, la incidencia disminuyó por 1.5/100,000, y la mortalidad por 0.65/100,000<sup>(11)</sup>.

Otro estudio sobre el impacto del número de médicos de familia por población sobre la detección precoz del cáncer de mama en el estado de Florida, EEUU encontró que por cada aumento del 10% en el número de médicos de familia por población, aumentó un 4% el número de tumores de mama detectados en estadíos precoces<sup>(12)</sup>.

Al evaluar el impacto de la utilización de servicios de médicos de atención primaria sobre la incidencia y mortalidad del cáncer de colon recto en pacientes cubiertos por Medicare en los EEUU, se encontró que quienes más consultaron a un médico de atención primaria tuvieron menor incidencia y menor mortalidad por cáncer de colon recto, y menor mortalidad por todas las causas<sup>(13)</sup>.

## Impacto de la continuidad interpersonal de la relación médico-paciente sobre los resultados en salud y la satisfacción del paciente

Hay un número importante de estudios en la literatura que examinan el impacto de la continuidad interpersonal de la relación médico paciente sobre resultados en salud en la población estudiada. En 2005 Saultz y Lochner publicaron una revisión sistemática de la literatura, notando que 35 de 40 trabajos encontrados demostraron por lo menos un resultado de atención que estaba positivamente correlacionado con la continuidad interpersonal entre el paciente y su médico<sup>(14)</sup>.

En 2006 Sans-Corrales y colegas publicaron una revisión sistemática de la literatura<sup>(15)</sup>, encontrando correlaciones entre continuidad en la atención y:

- Mejor manejo de problemas agudos, crónicos y psicosociales.
- Más intervenciones preventivas (*dieta, control de peso, cesación de tabaco, inmunizaciones, perfiles lipídicos, consejos sobre consumo de alcohol*).
- Implementación más efectiva de actividades preventivas resultando en una disminución en morbilidad y mortalidad.
- Menos hospitalizaciones, menos días en cuidados intensivos, menos días de internación, menos hospitalizaciones por emergencias.

Existe también un número importante de estudios publicados que evalúan el impacto de la continuidad interpersonal de la relación médico paciente sobre la *satisfacción del paciente con sus cuidados médicos*.

En 2004 Saultz y Albedaiwi publicaron una revisión sistemática de la literatura encontrando correlación positiva en 4 de 4 estudios randomizados controlados, 4 de 5 estudios de cohorte, y 11 de 12 estudios de correlación<sup>(16)</sup>. La revisión sistemática de la literatura de Sans-Corrales y colegas publicada en 2006 encontró 5 trabajos que demostraron una correlación positiva entre continuidad interpersonal de la relación médico paciente y satisfacción del paciente<sup>(15)</sup>.

## ¿Cómo podemos explicar el valor que la atención médica primaria contribuye a un sistema de salud?

Hemos revisado un importante cuerpo de evidencia que demuestra que *la atención médica primaria contribuye un alto valor a un sistema de salud, mediante una disminución en los gastos (costos) de la atención, y un incremento en la calidad (los resultados) de esa atención*. ¿Cómo podemos explicar este “valor agregado”?

Un fácil acceso a la atención médica primaria significa que el paciente enfermo puede ser atendido temprano en el curso de su enfermedad, muchas veces recibiendo un tratamiento que detiene la progresión a un estadio más avanzado y caro de tratar.

Un ejemplo es el caso del diagnóstico y tratamiento precoz con antibióticos de una neumonía bacteriana por un médico de familia, evitando que el paciente empeore a un cuadro de sepsis diseminado o insuficiencia respiratoria requiriendo su ingreso a una unidad de cuidados de terapia intensiva.

Otro ejemplo sería la detección precoz de pólipos premalignos de colon en un paciente mediante un programa de screening utilizando la prueba para detectar sangre oculta en materia fecal, seguida por una colonoscopia diagnóstica en caso de una prueba positiva, resultando en una polipectomía y prevención de la progresión a un cáncer de colon de estadio avanzado y los costos asociados con su tratamiento.

La *continuidad interpersonal* de la relación médico paciente permite que el médico pueda utilizar esa relación como importante herramienta diagnóstica y terapéutica, evitando estudios diagnósticos y tratamientos innecesarios para síntomas indiferenciados o malestares que son auto-limitados y se resuelven en corto tiempo.

Un ejemplo sería un paciente que consulta a su médico de familia por cefaleas asociadas con un reciente aumento en su nivel de estrés, con síntomas que sugieren cefalea tensional y un examen neurológico normal y sin foco. El médico explica su condición al paciente, le enseña algunas técnicas para reducir su nivel de estrés, y lo vuelve a ver en 3 semanas para evaluar su evolución, confirmando una mejoría en sus síntomas. Un neurólogo evaluando al mismo paciente quizás sentiría la necesidad de obtener una *tomografía de cerebro* para descartar una lesión intracraneana; el médico de familia utiliza su relación continua con el paciente, su profundo conocimiento del contexto psicosocial, y su futuro seguimiento, para hacer un diagnóstico correcto

y recetar un tratamiento efectivo, sin incurrir mayores gastos adicionales.

La continuidad interpersonal de la relación médico paciente también permite que el médico de atención primaria tenga un repetido enfoque de prevención primaria con sus pacientes, enfatizando hábitos de salud y estilos de vida saludables. Es importante recordar que **el 40% de la mortalidad en la población es debida a estilos de vida y hábitos insalubres**<sup>(17)</sup>.

La continuidad interpersonal de la relación médico paciente también juega un rol importante en el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas.

Una reciente revisión sistemática de la literatura comparando el cuidado de pacientes diabéticos por endocrinólogos con el cuidado por médicos de atención primaria encontró resultados superiores en varios parámetros en pacientes atendidos por médicos de atención primaria<sup>(18)</sup>.

## Conclusión

Existe un cuerpo sustancial de evidencia que demuestra que la atención médica primaria agrega un valor significativo a los sistemas de salud, contribuyendo tanto a la disminución de costos como a la mejora de calidad (*resultados en salud y satisfacción del usuario*) de la atención.

Ciertas características de la atención médica primaria, como primer contacto (*contacto con el paciente temprano en el curso de la enfermedad*), continuidad interpersonal de la relación médico paciente y enfoque preventivo, explican, en parte, ese valor agregado.

Los sistemas de salud deberían edificar una sólida base de atención médica primaria para optimizar el valor de los servicios que proveen a su población de pacientes.

**Recibido:** 15/04/15  
**Aprobado:** 18/05/15

## Bibliografía

- Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: Care, health, and cost. *Health Affairs*. 2008; 27:759-769.
- Woolf SH, Aron LY. The US health disadvantage relative to other high income countries. Findings from a National Research Council/Institute of Medicine report. *JAMA* 2013; 309:771-2.
- The Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System. Why not the best? Report from the National Scorecard on U.S. Health System Performance. October 2011. Disponible en: [http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2011/oct/1500\\_wntb\\_natl\\_scorecard\\_2011\\_web\\_v2.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2011/oct/1500_wntb_natl_scorecard_2011_web_v2.pdf)
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Millbank Quarterly* 2005; 83:457-502.
- Shi et al. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in US states, 1980-1995. *J Am Board FamPract* 2003;16:412-22.
- Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians: health care expenditures and mortality experience. *Journal of Family Practice* 1998; 47:105-109.
- Baicker K, Chandra A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' Quality of care. 2004; *Health Affairs* W4:184-197.
- Starfield B. Primary care and health. A cross-national comparison. *JAMA* 1991; 266:2288-71.
- Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy* 2002; 60:201-18.
- Macinko 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. *Health Services Research* 2003;38:831-865.
- Campbell RJ et al. Cervical cancer rates and the supply of primary care physicians in Florida. *FamMed* 2003;35:60-4.
- Ferrante JM et al. Effects of physician supply on early detection of breast cancer. *J Am Board FamPract* 2000;13:408-414.
- Ferrante JM et al. Primary care utilization and colorectal cancer incidence and mortality among Medicare beneficiaries. *Ann Intern Med* 2013;159:437-446.
- Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and outcomes: a critical review. *Ann Fam Med* 2005;3:159-166.
- Sans-Corrales M et al. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Family Practice* 2006; 23: 308-316.
- Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med* 2004;2:445-451.
- Schroeder SA. We can do better-improving the health of the American people. *N Engl J Med* 2007;357: 1221-8.
- Post PN et al. Do specialized centers and specialists produce better outcomes for patients with chronic diseases than primary care generalists? A systematic review. *Int J Qual Health Care* 2009;21:387-396.