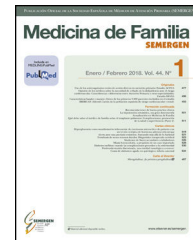




# Medicina de Familia SEMERGEN

[www.elsevier.es/semergen](http://www.elsevier.es/semergen)



## LA ATENCIÓN PRIMARIA FUERA DE NUESTRAS FRONTERAS

### La atención primaria en Italia



T. Sánchez-Sagrado

Delegación territorial de Sanidad y Bienestar Social, Segovia, España

Recibido el 2 de marzo de 2017; aceptado el 22 de marzo de 2017

Disponible en Internet el 25 de mayo de 2017

#### PALABRAS CLAVE

Atención primaria;  
Sistemas sanitarios;  
Italia

**Resumen** Italia no es un lugar de emigración para médicos españoles, pues en dicho país también sobran profesionales sanitarios. El *Servizio Sanitario Nazionale* italiano es un sistema nacional de salud con algunas diferencias respecto del español.

El *Servizio Sanitario Nazionale* está financiado con impuestos nacionales y regionales y copagos. Existe un presupuesto específico para la asistencia sanitaria y Atención Primaria recibe el 50% de este presupuesto. Todos los ciudadanos italianos y residentes en Italia tienen derecho a asistencia sanitaria gratuita, aunque existe copago en pruebas diagnósticas, farmacia, atención especializada y determinadas urgencias. El copago es diferente dependiendo de la región. La provisión de servicios es regional, provocando fragmentación de los mismos e importantes desigualdades. Los médicos son autónomos y desde el año 2000 hay incentivos para promover el trabajo en equipos multidisciplinares. El salario está regulado y es la suma de un pago capitativo e ingresos específicos por actividades complementarias. Las funciones de los médicos son similares a las de los profesionales españoles, aunque la atención es más personal. La relación entre Atención Primaria y Especializada depende de la afinidad de los profesionales entre sí. El médico de Primaria tiene función de *gatekeeper* excepto en ginecología, obstetricia y pediatría. La formación especializada es obligatoria para poder trabajar como médico de familia.

El sistema sanitario italiano es un sistema nacional de salud similar al español. Sin embargo, los profesionales sanitarios son autónomos y existe copago. A pesar del copago, los italianos tienen una de las esperanzas de vida más altas de Europa y están a favor de un sistema sanitario universal y financiado públicamente.

© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Correo electrónico: [teresa.sagrado@gmail.com](mailto:teresa.sagrado@gmail.com)

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2017.03.009>

1138-3593/© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

**KEYWORDS**

Primary care;  
Health systems;  
Italy

**Primary care in Italy**

**Abstract** Italy is not a country where Spanish doctors emigrate, as there is an over-supply of health care professionals. The Italian *Servizio Sanitario Nazionale* has some differences compared to the Spanish National Health System.

The *Servizio Sanitario Nazionale* is financed by national and regional taxes and co-payments. There are taxes earmarked for health, and Primary Care receives 50% of the total funds. Italian citizens and residents in Italy have the right to free health cover. However, there are co-payments for laboratory and imaging tests, pharmaceuticals, specialist ambulatory services, and emergencies. Co-payments vary in the different regions. The provision of services is regional, and thus fragmentation and major inequities are the norm. Doctors in Primary Care are self-employed and from 2000 onwards, there are incentives to work in multidisciplinary teams. Salary is regulated by a national contract and it is the sum of per-capita payments and extra resources for specific activities. Responsibilities are similar to those of Spanish professionals. However, medical care is more personal. Relationships between Primary Care and specialised care depend on the doctors' relationships. Primary Care doctors are gatekeepers for specialised care, except for gynaecology, obstetrics and paediatrics. Specialised training is compulsory in order to work as general practitioner.

The Italian Health Care System is a national health system like the Spanish one. However, health care professionals are self-employed, and there are co-payments. In spite of co-payments, Italians have one of the highest average life expectancy, and they support a universal and publicly funded health-care system.

© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Un poco de historia del sistema de salud italiano

El sistema de salud italiano o *Servizio Sanitario Nazionale* (SSN) pertenece, actualmente, al grupo de sistemas sanitarios tipo Beveridge, cuyas características hemos comentado en artículos anteriores<sup>1-7</sup>. Pero esto no ha sido siempre así.

A finales del siglo XIX y principios del XX, los responsables de la financiación de los cuidados sanitarios en Italia son los empresarios y los trabajadores. Se crean asociaciones sin ánimo de lucro que gestionan los fondos y se encargan de la provisión de cuidados. Surge de este modo un sistema sanitario fragmentado con una participación marginal del sector público y más de 2.000 mutuas privadas (*enti mutualistici*).

Durante el régimen fascista nacen diferentes iniciativas sanitarias: el Real Decreto de 1922, que proporciona tratamiento gratuito de las enfermedades venéreas, el Real Decreto de 1923, que presta asistencia hospitalaria a necesitados e indigentes, la creación de centros para el tratamiento del cáncer en 1926, la obligatoriedad de las mutuas a proporcionar asistencia a los dependientes de los trabajadores, etc.

En 1958 se crea el Ministerio de Sanidad y los hospitales públicos pasan a ser autónomos (*enti ospedalieri*); la cobertura sanitaria es limitada en prestaciones y en población atendida. En 1974-1975 los hospitales pierden su autonomía, se extinguen las mutuas y el sistema sanitario italiano basado en cotizaciones sociales se transforma, siguiendo el modelo del servicio nacional de salud británico, en un SSN. La reforma se completa en 1980 con la cobertura universal para todos los italianos. En 1992 una nueva reforma

instaura la regionalización de la provisión de los servicios sanitarios (*Livelli Essenziali di Assistenza*) y el SSN establece desde entonces, en planes nacionales de salud trienales (*Piano Sanitario Nazionale*), una cartera de servicios básica y uniforme para todas las regiones. No obstante, en algunas regiones existen prestaciones extra que financia la propia región con un presupuesto complementario<sup>3-6</sup>.

## La atención primaria dentro del sistema sanitario: financiación, provisión de servicios, cobertura. . .

El gasto sanitario en Italia en 2012 representó el 9,2% del producto interior bruto. El 78,2% del gasto total está financiado con impuestos y el 17,8% restante, a través de distintos copagos en pruebas de imagen y laboratorio, farmacia, visitas a especialistas y visitas a urgencias no justificadas. Existe un presupuesto específico asignado a sanidad, y atención primaria (AP) recibe el 50% del total de dicho presupuesto, aunque existen grandes diferencias porque los impuestos regionales también son muy diferentes. El gasto sanitario per cápita en 2012 fue de 3.040\$, siendo la media europea de 3.346 \$<sup>3</sup>.

La provisión de servicios en AP se realiza a nivel local a través de las *Aziende Sanitarie Locali*, que son los equivalentes a nuestras áreas de salud. Los médicos trabajan en locales profesionales regulados por el Colegio de Médicos y se encargan de la gestión y financiación de los mismos. Estos locales tienen que tener unas dimensiones estipuladas y una serie de equipamiento mínimo imprescindible<sup>3-6</sup>.

La cobertura es universal y gratuita desde 1978 para todos los italianos y ciudadanos con residencia legal en Italia. El copago existe desde 1993, excepto para los mayores de 65 años, los menores de 6, los desempleados, los discapacitados y las personas con un umbral de ingresos determinado. Existe copago en visitas a especialistas (desde 10 a 150€) y en pruebas de imagen (36,15€ por una resonancia) o de laboratorio (3€ por un análisis de orina), a los que se añaden 10€ de gastos de prescripción. También existe copago en algunas especialidades de farmacia; los pacientes que no desean utilizar genéricos tienen que abonar la diferencia entre el precio de la marca comercial y del genérico. Desde 2006 existe un copago de 25€ en los llamados *códigos blancos* de la atención urgente en un hospital, es decir, en la atención sanitaria que se realiza en un hospital pero se podría haber resuelto en otro dispositivo sanitario, por ejemplo, un *Aziende Sanitarie Locali*<sup>3-6,8</sup>.

## La figura del médico de atención primaria

Los médicos generalistas son la puerta de entrada al sistema (función de *gatekeeper*), como en España y Reino Unido. Los pacientes pueden elegir libremente el médico en la lista de médicos disponibles que existe en el ayuntamiento y pueden cambiar de médico cada año. Los profesionales sanitarios pueden rechazar la inclusión de un paciente en su cupo siempre que existan motivos justificados. El cupo medio es de unos 1.500 pacientes. Si no hay pediatras disponibles en el equipo, los niños mayores de 7 años pueden registrarse con el médico generalista.

Los médicos son profesionales autónomos que trabajan solos o en cooperativas. Se tiende cada vez más al trabajo en equipo y actualmente el 60-70% de los profesionales trabajan en grupo. Las cooperativas, que son el equivalente a nuestros centros de salud, están formadas en general por unos 4 médicos, 2 enfermeras, administrativos, especialistas (cirujano, digestivo, etc.) y trabajadores sociales.

El salario de un médico se fija mediante un *Accordo Collettivo Nazionale* («Acuerdo Nacional») y es la suma de una cuota fija por capitación y de cantidades específicas asignadas por cumplimiento de objetivos, intervenciones de cirugía menor, porcentaje de gastos del consultorio, etc. El sueldo bruto de un profesional de AP oscila entre los 6.500-7.000€/mes, de los que hay que descontar los gastos de gestión del centro. El salario permanece congelado desde 2010 debido a la crisis.

Las funciones del médico son similares a las españolas: manejo de enfermedades agudas y crónicas, cirugía menor, programas de prevención, inmunización, etc. La relación médico-paciente es buena y no es raro el seguimiento particular de los pacientes cuando estos se encuentran ingresados en el hospital<sup>3-5,7-9</sup>.

La jornada laboral se extiende, de lunes a viernes, desde las 8:00 a las 20:00, y los sábados hasta las 14:00. La atención continuada se realiza por los *medici di continuità assistenziale* (médicos de atención continuada) desde las 20:00 a las 8:00 todos los días, y los sábados desde las 14:00 en el centro asistencial a través del número de teléfono 118.

Aproximadamente el 86% de los médicos utilizan el ordenador en las consultas. En general, el uso de los ordenadores se reduce al acceso a la información y el registro de la

historia clínica básica. Las recetas electrónicas suponen el 1% del total y el intercambio de información electrónica entre profesionales apenas llega al 3%. El *software* lo paga el profesional y puede elegir entre aquellos que ofrece el estado. En general son sistemas rudimentarios, distintos en cada consultorio y no compatibles entre ellos<sup>5,6</sup>.

## Atención primaria y atención especializada. Coordinación, urgencias, etc.

Ya hemos comentado que los médicos de AP son la puerta de entrada a la atención especializada (AE), excepto para algunas especialidades: dentista, ginecólogo, obstetra y pediatra. La relación con AE es personal y depende en gran parte de la afinidad y la relación entre los profesionales para conseguir una cita o realizar un ingreso. La respuesta de los especialistas a las interconsultas y los informes de urgencias se realizan mediante correo ordinario, que está garantizado por el director de las *azienda ospitalaria* (hospitales)<sup>5,6</sup>.

## La formación de los médicos

El título de Medicina solo se obtiene después de cursar los 6 años de carrera y de presentar una tesis de investigación. Una vez conseguido el título se necesita un certificado de habilitación nacional y son necesarios 3 meses de prácticas y un examen para obtenerlo. Este certificado de habilitación permite la inscripción en el Colegio de Médicos provincial.

Desde 1994 es obligatorio poseer el título de Especialista en Medicina de Familia (*Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale*) para poder trabajar e inscribirse en la bolsa de trabajo regional del SSN.

Los objetivos de la formación continuada los decide la *Commissione Nazionale per la Formazione Continua*. La formación continua es obligatoria para trabajar como médico generalista. Son necesarias 40 h de formación anual que se retribuyen económicamente o con un sustituto si es necesario. Los profesionales que no realizan la formación continuada pueden ser sancionados<sup>3,5</sup>.

## Los otros profesionales

Desde el año 2000 existen incentivos para trabajar en equipos multidisciplinares. Estos equipos han experimentado diferentes cambios. Actualmente, desde 2009 funcionan las *Unità Complesse di Cure Primarie*, cuyo objetivo final es establecer la unión entre los servicios sanitarios y los servicios sociales. Las *Unità Complesse di Cure Primarie* están formadas por médicos, pediatras, especialistas, enfermeras, trabajadores y asistentes sociales y administrativos<sup>3,5</sup>.

## Conclusiones

El sistema sanitario italiano, al igual que el español, es un sistema nacional de salud financiado con impuestos, con cobertura gratuita para todos los italianos y residentes en Italia y con provisión de servicios regionalizada. La regionalización, al igual que en España, conlleva una fragmentación significativa de los cuidados sanitarios y desigualdades importantes, sobre todo entre el norte y el sur.

Los médicos no son funcionarios, sino autónomos, y a pesar de la existencia de copagos (como en Suecia), la esperanza de vida de los italianos es la segunda más alta de Europa<sup>1,3,7</sup>.

Es interesante resaltar, desde mi punto de vista: en primer lugar, la asignación de un presupuesto específico para sanidad del que AP se lleva el 50%; en segundo lugar, la autonomía de los profesionales de AP, que permite regular los equipos y adaptarlos a la población; en tercer lugar, la existencia de copagos en pruebas diagnósticas, farmacia, AE y atención de urgencias cuando no es tal, y finalmente, que aunque los italianos están medianamente satisfechos con su sistema sanitario, la mayoría están a favor de un sistema de cobertura universal<sup>4,7</sup>.

## Conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Sánchez-Sagrado T. La atención primaria en Suecia. *Semergen*. 2016;42:408–11 [consultado 13 Feb 2017]. Disponible en: [http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-avance-resumen-la-atencion-primaria-suecia-S1138-3593\(15\)00336-6](http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-avance-resumen-la-atencion-primaria-suecia-S1138-3593(15)00336-6)
2. Sánchez-Sagrado T. La atención primaria en el Reino Unido. *Semergen*. 2016;42:110–3 [consultado 13 Feb 2017]. Disponible en: [http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-avance-resumen-la-atencion-primaria-el-reino-S1138-3593\(15\)00297-X](http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-avance-resumen-la-atencion-primaria-el-reino-S1138-3593(15)00297-X)
3. Ferré F, de Belvis AG, Valerio L, Longhi S, Lazzari A, Fattore G, et al. Health System Review. *Health Systems in Transition*. 2014;16:1–168 [consultado 13 Feb 2017]. Disponible en: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/263253/HiT-Italy.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/263253/HiT-Italy.pdf)
4. France G, Taroni F, Donatini A. The Italian health-care system. *Health Econ*. 2005;14 Suppl 1:S187–202.
5. Lo Scalzo A, Donatini A, Orzella L, Cicchetti A, Profili S, Maresso A. Health system review. *Health Systems in Transition*. 2009;11:1–216 [consultado 16 Feb 2017]. Disponible en: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/87225/E93666.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/87225/E93666.pdf)
6. Mazzuoli D, Degli AI. Ser médico de familia en Italia. *AMF*. 2015;11:412–6.
7. Fernandez del Rio MP. La medicina de familia en seis países europeos. *Aten Primaria*. 2010;42:620–5.
8. Maresso A, Mladovsky P, Thomson S, Sagan A, Karanilolos M, Richardson E, et al. Economic crisis, health systems and health in Europe. WHO. 2015. [Acceso 21 Feb 2017]. Disponible en: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/279820/Web-economic-crisis-health-systems-and-health-web.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/279820/Web-economic-crisis-health-systems-and-health-web.pdf?ua=1)
9. Casajuana J, Gervás J. La renovación de la Atención Primaria desde la Consulta. 1.ª ed. Madrid: Springer-Healthcare Ibérica; 2002.