

La causa de la causa del ocaso de la Atención Primaria española

Juan Simó Miñana

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rochapea. Pamplona. Navarra (España).

La situación actual de deterioro, agotamiento, debilitamiento y decadencia de la Atención Primaria española tiene una causa patente y otra latente, origen de la primera. Muchos piensan que la primera causa, origen directo de esta situación, es la progresiva menor inversión recibida por la Atención Primaria desde su reforma en 1984, comparada con la que recibe la atención hospitalaria. Muchos explican esa mayor inversión en el hospital por su mayor dotación tecnológica. Sin embargo, los datos muestran que la inversión en personal ha sido mucho mayor en la atención hospitalaria que en la primaria. Por ejemplo, entre 2004 y 2018, el número de médicas y médicos y de personal de enfermería aumentó casi el doble en los hospitales que en los centros de Atención Primaria¹. Desde 1989, la inversión en personal ha sido crecientemente mayor en los hospitales². Como remate, durante lo peor de la crisis de 2008 se recortó mucho más el presupuesto de Atención Primaria que en atención hospitalaria, y la pandemia ha terminado arrasando a los centros de salud a una situación agónica, prácticamente irreversible si no se acometen pronto cambios organizativos de calado con una inversión extraordinaria en este nivel¹.

Más allá de esta falta de inversión, esta situación terminal es fruto directo del abandono por inacción continuada de nuestras instituciones políticas, sanitarias y académicas que han hecho bien poco en las últimas dos décadas para empoderar y hacer más atractiva nuestra Atención Primaria para ciudadanos y profesionales siendo, como es, socialmente muy conveniente³. Las instituciones públicas pierden legitimidad cuando, más sensibles al interés de determinadas élites influyentes que al interés general, impulsan actuaciones que deterioran y debilitan todavía más la Atención Primaria.

Quizá tenga esto que ver con el origen totalitario de nuestra sanidad pública, con múltiples subsistemas, germen de la dualización de la misma⁴. Con este origen y dualización, pretendió romper la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986, sin conseguirlo plenamente. La norma mandaba integrar en lo que se iba a llamar Sistema Nacional de Salud (SNS) la asistencia sanitaria de todos los ciudadanos cubiertos hasta entonces por los diversos subsistemas de financiación pública existentes, incluida la asistencia a la enfermedad profesional y accidente laboral. Pero la norma se cumplió solo parcialmente y muchos de estos subsistemas, originados en el franquismo o preconstitucionales, persistieron hasta fechas recientes, y algunos, como el mutualismo administrativo, persisten todavía hoy. No es casual que de todos estos subsistemas financiados públicamente persistieran aquellos con provisión privada y sin Atención Primaria⁵.

La persistencia de estos subsistemas genera problemas de equidad y eficiencia. En primer lugar, produce desigualdades no relacionadas con la necesidad sanitaria en la provisión, estabilidad del aseguramiento, cartera de servicios, copago, acceso y utilización de los servicios sanitarios financiados públicamente. En segundo lugar, favorece la selección de riesgos clínicos⁶ o farmacéuticos⁷ debido a duplicidades legales o ilegales de cobertura o a la capacidad que tienen sus usuarios para elegir entrar y salir de estos subsistemas para cambiarse al SNS o regresar de nuevo a ellos, en cualquier momento y a conveniencia.

Otra consecuencia es el «descremado» sociológico de la Atención Primaria⁸. En efecto, estos subsistemas suponen una asistencia sanitaria de provisión privada financiada públicamente, pero sin Atención Primaria. Accedieron a ellos, y todavía acceden, sectores sociales relativamente privilegiados, con mayor nivel educativo, de renta, y con mayor peso e influencia política y mediática. Sectores que no se han sentido nunca concernidos por los problemas de la Atención Primaria sencillamente porque la misma nunca figuró en el esquema asistencial de dichos subsistemas.

Esta situación ha privado a la Atención Primaria del potente estímulo a la mejora del servicio que ejercen los ciudadanos más exigentes, influyentes e informados. Piénsese, por ejemplo, en la tipología del colectivo mutualista: jueces, secretarios judiciales, profesores de todos los niveles educativos, investigadores, altos cargos de la administración central, mandos de cuerpos y fuerzas de la seguridad del Estado, oficiales de las fuerzas armadas, inspectores de trabajo y de hacienda, diplomáticos, etc.

Además, durante décadas se ha mantenido el incentivo fiscal a la compra de seguros médicos privados con un coste fiscal muy considerable⁹. El resultado es que casi 13 millones de españoles contaban en 2020 con alguno de estos seguros¹⁰, más frecuentemente adquiridos por clases medias y altas que, como consecuencia, son las más beneficiadas por el incentivo. Y, según declaran¹¹, los compran para esquivar las esperas de la parte ambulatoria del sistema y sortear al médico de familia, percibido como un obstáculo al acceso a los especialistas (tabla 1).

Además, desde hace mucho tiempo empleamos cada año parte del presupuesto público para, literalmente, regalar seguros médicos privados a miembros o empleados (y familiares) de instituciones, empresas u organismos públicos (Banco de España, Televisión Española, ayuntamientos, cabildos, diputaciones, parlamentos auto-



Tabla 1. Enunciado y respuestas a la pregunta 5A del Barómetro Sanitario 2018. Resultados totales

SOLO A QUIENES SON BENEFICIARIOS DE LA SANIDAD PÚBLICA Y DE UN SEGURO MÉDICO PRIVADO, O DE UNA MUTUALIDAD DEL ESTADO CON ATENCIÓN POR LA SANIDAD PÚBLICA Y DE UN SEGURO MÉDICO PRIVADO, O DE UNA MUTUALIDAD DEL ESTADO CON ATENCIÓN POR LA SANIDAD PRIVADA Y UN SEGURO MÉDICO PRIVADO
(1 y 4 o 2 y 3 y 4 en P5)
(N=955)

Pregunta 5A

¿Y cuáles son las dos principales razones por las que ha contratado Ud. (o alguien de su familia) un seguro privado, teniendo ya un seguro público?
(MÁXIMO DOS RESPUESTAS)

Porque atienden con más rapidez que en la pública	77,9
Porque atienden mejor en la pública	15,1
Porque necesita algún servicio o atención que no está incluido en los servicios públicos (por ejemplo, atención dental)	15,4
Porque ofrece mejores servicios de hostelería en caso de ingreso (por ejemplo, poder estar en una habitación individual, mejor calidad de la comida, etc.)	6,3
Porque buscaba una mejor atención durante el embarazo y el parto	5,2
Porque se puede ir a el/a la especialista directamente sin consultar con el/la médico/a de cabecera	37,3
Por motivos de trabajo o porque es autónomo/a o cooperativista	3,4
Le/la aseguraron los padres o familiares	3,5
Por deficiencias en el funcionamiento de la sanidad pública	2,1
Otras respuestas	4,1
Ninguna más	0,3
N.S.	0,9
N.C.	0,5
(N)	(955)

Tomada de: Ministerio de Sanidad. 2018¹¹.

nómicos, etc.), pese a estar cubiertos todos ellos por el SNS y su Atención Primaria¹².

Como vemos, los sectores sociales más pudientes e influyentes sobre la opinión y el poder públicos tienen una vía de escape de provisión privada, directamente pagada o subvencionada fiscalmente, como alternativa a los centros de salud. Este «descremado» sociológico de la Atención Primaria, consentido y potenciado por las instituciones, regado siempre con dinero público, es la causa principal y latente de su progresivo deterioro y debilitamiento.

Y una Atención Primaria tan débil no puede contrarrestar correctamente la ley de cuidados inversos ni los efectos de una medicina de excesos (sobrediagnóstico, sobretratamiento, cascadas iatrogénicas, etc.) cada vez más prevalente en el sistema por la creciente fragmentación asistencial y la mayor derivación directa entre servicios especializados. Se resienten así la equidad y la calidad del SNS que ya padece un claro trastorno por déficit de atención (primaria) con hiperactividad (hospitalaria).

La inveterada menor financiación de la Atención Primaria comparada con la que obtiene la hospitalaria no es más que una consecuencia de este «descremado» que, curiosamente, es también la causa de que quienes deciden sobre la Atención Primaria son, precisamente, quienes menos la utilizan¹³.

Urgen medidas institucionales en el ámbito político, académico y sanitario que, de una vez por todas, miren por el bien común y no por el de privilegiados colectivos. Medidas que proporcionen recursos, empoderen y hagan individualmente atractiva la Atención Primaria para los ciudadanos y, también, para los profesionales, pues socialmente ha mostrado de sobra su conveniencia en términos de equidad, resultados en salud y en eficiencia para el sistema y la población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Minué S, Bravo R, Simó J. Lecciones no aprendidas de la pandemia de la COVID-19. Actualización en Medicina de Familia. [Internet.] 2020; 16: 384-93. Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2717
2. Simó J. La serpiente persiste porque el descremado se mantiene. Blog Salud, Dinero y Atención Primaria. [Internet.] 20-6-2021. Disponible en: <https://saludinerop.blogspot.com/2021/06/la-serpiente-persiste-porque-el.html>
3. Simó J, Antúnez K, Joao FJ, Bezunartea A y Citad L. Deterioro institucional y de la atención primaria. El Médico. [Internet.] 2019; 1202: 8-12. Disponible en: <https://elmedicointeractivo.com/deterioro-institucional-y-de-la-atencion-primaria/>
4. Freire JM. La dualización de la sanidad pública española y sus consecuencias. XXX Jornadas de Economía de la Salud. [Internet.] Valencia, 22-25 de junio de 2010. Disponible en: <https://es.slideshare.net/AsociacionEconomiaSalud/jos-manuel-freire>
5. Simó J. Aseguramiento sanitario público en España, situación actual y tareas pendientes. Actualización en Medicina de Familia. [Internet.] 2015; 11: 504-11. Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1470
6. Pellissé L. Regulación de competencia en el mercado de seguros sanitarios español: Capitación y selección de riesgos en MUFACE. [Internet]. En: Meneu R, Ortún V, ed. Política y Gestión Sanitaria: la Agenda Explícita. Barcelona: Asociación de la Economía de la Salud; 1996. pp. 301-20. Disponible en: <https://tinyurl.com/4w26yuvv>
7. Simó J. Copago en farmacia de receta en la sanidad pública española: certezas, riesgos y selección de riesgos. Aten Primaria. [Internet.] 2015; 47:669-73. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-copago-farmacia-receta-sanidad-publica-S0212656715002504>
8. Simó J. El descremado sociológico de la atención primaria española. El Médico. [Internet.] 2017; 1179: 14-9. Disponible en: <https://elmedicointeractivo.com/descremado-sociologico-atencion-primaria-espanola-20170208151650110293/>
9. García C. Incentivo fiscal por comprar seguros médicos privados. Blog Salud, Dinero y Atención Primaria. [Internet.] 11-12-2016. Disponible en: <http://saludinerop.blogspot.com/2016/12/incentivo-fiscal-por-comprar-seguros.html>
10. Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras. Informe Estamos Seguros 2020. [Internet.] Madrid: UNESPA; 2021. Disponible en: <https://www.unespa.es/que-hacemos/publicaciones/informes-2021/>
11. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Barómetro Sanitario 2018. [Internet.] Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2018/BS2018_mar.pdf
12. Simó J. Regalías sanitarias: la oscura fuente de dualización. Blog Salud, Dinero y Atención Primaria. [Internet.] 3 de marzo de 2018. Disponible en: <https://saludinerop.blogspot.com/2018/03/regalias-sanitarias-la-oscura-fuente-de.html>
13. Un gobierno de funcionarios. Revista Muface. 2012. N.º 221. Disponible en: https://www.muface.es/revista/o221/En_Portada_Gobierno_de_funcionarios.html