



El *descremado sociológico* de la Atención Primaria española

Autora | Juan Simó. Centro de Salud Rochapea. Pamplona (Navarra)

Los datos indican que en España existe una desigualdad pro-ricos en la utilización ambulatoria del médico especialista (ME) y una desigualdad pro-pobres en la utilización de la consulta del médico general o de familia (MF).



Juan Simó

En el fondo, todo gira alrededor de la existencia de una dualización sanitaria responsable de que las clases medias-altas hayan tenido y sigan teniendo un acceso directo al ME sin paso previo por el MF. Gran parte de este acceso directo al ME se financia públicamente de modo directo (Mutualismo Administrativo) o de modo indirecto (incentivación fiscal de los seguros médicos privados). Esta dualización se sitúa en el genoma del propio Sistema Nacional de Salud (SNS) y priva de hecho a la Atención Primaria de usuarios influyentes e informados que contribuirían decisivamente a elevar sus estándares de servicio y cali-

Lo que ocurre en nuestra Sanidad pública es una menor universalización efectiva del nivel ambulatorio en general, y de la Atención Primaria en particular, que del sector hospitalario

dad. Ello ha conducido a un progresivo descremado sociológico de la Atención Primaria en parte responsable de la situación de estancamiento por desinterés, cuando no de abandono y deterioro, que arrastra este nivel de atención desde hace mucho tiempo. Al ser muy infrutilizada por los sectores sociales con más capacidad de influencia sobre la opinión y el poder público, la Atención Primaria ha perdido uno de

los estímulos más potentes de mejora presentado por los ciudadanos más informados, formados, exigentes e influyentes y va camino de convertirse en una Atención Primaria para pobres y, por tanto, en una pobre Atención Primaria.

Dualización sanitaria

En relación con el derecho a la asistencia sanitaria por enfermedad común, maternidad y accidente no laboral con cargo a fondos públicos ha existido y todavía existe una dualización sanitaria en España. Se trata de una dualización institucional, estructural, por ser consustancial al propio diseño de la Sanidad pública. Esta dualiza-

¹ El descremado ("cream skinning") de riesgos, por paralelismo con el descremado de la leche, es una metáfora conceptual peyorativa perteneciente al ámbito del mercado de los seguros privados de salud que describe aquella actividad de las aseguradoras tendente a atraer a los clientes más sanos por menos costosos y a evitar, por el motivo contrario, a los más enfermos de modo que el coste de la carga asistencial a la que tenga que hacer frente la compañía se encuentra claramente por debajo del nivel de las primas captadas. Se trata de una auténtica selección de riesgos. En el caso que nos ocupa, la metáfora se lleva al ámbito socioeconómico ("descremado sociológico") pues los subsistemas descreman (privan) al SNS, y de modo especial a su Atención Primaria, de prestar atención sanitaria a estos grupos sociales más influyentes.



ción implica la existencia de 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, según grupos socioeconómicos (1). A grandes rasgos, dentro de la población española con derecho a una asistencia sanitaria financiada públicamente, han existido dos grupos principales. Por un lado, un primer grupo poblacional, mayoritario, con derecho a la asistencia sanitaria del SNS gestionada por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (CCAA). Por otro, un segundo grupo, cuantitativamente mucho menor

La principal consecuencia de la no utilización de la Atención Primaria por aquellos sectores sociales con mayor nivel educativo, de renta y mayor capacidad de influencia sobre la opinión y el poder públicos es que la AP despierta cada vez menos interés

pero cualitativamente muy relevante, constituido por colectivos protegidos por diversos subsistemas de los que actualmente persiste, contrariando la Ley (General de Sanidad), el Mutualismo Administrativo. Dichos colectivos nunca han sido una muestra representativa o aleatoria de la sociedad española, sino sectores sociales relativamente privilegiados con mayor nivel educativo y de renta. Sectores con mayor acceso a los medios de comunicación, mayor peso e influencia política y mediática, y que nunca se han sentido concernidos por los problemas de la Atención Primaria, sencillamente porque la misma nunca ha figurado en los esquemas de atención que les estaban reser-

vados. 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. Esta dualización ha descremado a la Atención Primaria de los grupos sociales que más podrían influir política y mediáticamente en conseguir mejoras. Aun siendo pública la financiación del Mutualismo, sus beneficiarios no cuentan, salvo el pequeño porcentaje que elige provisión pública, con un MF que actúe como médico personal, agente del paciente y primer contacto con el sistema, sino que acceden directamente al ME que ellos mismos estiman conveniente.

La “doble cobertura”

Casi 11,3 millones de españoles contaban en septiembre de 2016 con algún tipo de seguro de salud (2). De ellos, algo más de



8,9 millones disfrutaban de un seguro de asistencia sanitaria. Casi 1,9 de esos 8,9 millones corresponden a mutualistas de la administración pública mientras que la inmensa mayor parte de los poco más de 7 millones restantes constituyen el grupo de la “doble cobertura”, formado por personas con derecho a la asistencia sanitaria del SNS que prefieren, porque pueden, disfrutar simultáneamente de las supuestas ventajas asistenciales y, en muchos casos, fiscales del aseguramiento privado. Un aseguramiento privado que mayoritariamente ofrece atención sanitaria por médicos especialistas y no por médicos de familia, generales o de cabecera. De hecho, sólo el 13 por ciento de los médicos que actúan como proveedores para las compañías de seguros privados de asistencia sanitaria son médicos generales o de familia (3). Por otra parte, el 30 por ciento de las consultas al ME en España se realiza sin financiación pública (4). No se incluyen aquí, naturalmente, las consultas al ME privado financiadas públicamente realizadas por el colectivo mutualista que elige provisión privada. La población con doble cobertura se caracteriza por ser más joven, tener mejor estado de salud, menos enfermedades crónicas y discapacidades, mayor nivel educativo y de renta y efectuar más visitas al ME (5-7). Datos recientes como los de la Encuesta de Salud de Cataluña de 2014 (8), una de las CCAA con más prevalencia de doble cobertura (24,8 por ciento de la población general), muestran que entre la población con doble cobertura destaca la proporción de personas de clase alta (45,6 por ciento) o con estudios universitarios (44,2 por ciento).

La incentiviación fiscal de la compra de seguros médicos privados

Durante las últimas décadas, los sucesivos gobiernos han incentivado fiscalmente el aseguramiento privado sin explicar demasiado a la ciudadanía la utilidad social de tal medida. Desgravó el gasto directo en asistencia sanitaria privada y en seguros privados de salud adquiridos individualmente hasta 1998. A partir de 1999 se ofre-

cen beneficios fiscales a las empresas que los adquieren para sus empleados y familias (seguros colectivos). A partir de 2003 desgravan los adquiridos por algunos trabajadores autónomos para sí y sus familias. Además, algunas CCAA desgravan también los seguros de salud individuales. Por lo tanto, en cierto modo, podemos considerar también financiación pública de la Sanidad, en este caso privada, el coste fiscal que supone la pérdida de recaudación debida a los beneficios fiscales asociados al gasto directo en asistencia sanitaria privada o a la compra de seguros privados de salud. El coste fiscal por este motivo en 1998 ascendió a poco más de 650 millones de € (9,10), una cantidad equivalente a lo que gastó ese mismo año en Atención Primaria una comunidad como Andalucía. El coste fiscal en 2001 se estimó en 214 millones de € para poco más de 1,24 millones de asegurados ese año por seguros colectivos de empresas (9).

El coste fiscal actual de la desgravación de los seguros médicos privados

Debido al gran incremento del número de pólizas colectivas, los beneficios fiscales a los seguros adquiridos por autónomos y la desgravación efectuada por algunas CCAA por la compra de seguros individuales, el coste fiscal actualmente sería mucho mayor y se estima que podría alcanzar los 1.000 millones de euros anuales (11). Conviene recordar que la introducción del copago a los pensionistas del SNS supuso en 2013 una recaudación de 503,8 millones de euros (52,9 € por pensionista) (12). Se debería explicar a la ciudadanía, y sobre todo a estos pensionistas, la utilidad social de incentivar fiscalmente la compra de seguros privados de salud pues la pérdida actual de ingresos fiscales por dicha desgravación podría, incluso, duplicar la cantidad recaudada a estos pensionistas a través del copago farmacéutico. ¿Recaudamos millones de euros mediante el copago de los pensionistas para ofrecer beneficios fiscales por la compra

de seguros de salud a grupos sociales más jóvenes, sanos y ricos que los pensionistas? La desgravación fiscal del seguro privado de salud resulta difícil de sostener en la medida que existe una Sanidad pública financiada por impuestos (13). El menor uso del sistema público que hace la población con seguro privado (14) no compensa el coste de su incentiviación fiscal pues la pérdida de ingresos fiscales por la desgravación es mayor que el aumento de gasto sanitario público que produciría su ausencia (15).

Diferencias en la utilización del médico especialista y del médico de familia según cobertura

En relación con la visita ambulatoria al ME y al MF se constata un patrón diferente entre la población que dispone de cobertura sanitaria únicamente pública por el SNS, el grupo de la “doble cobertura” y el colectivo mutualista. Para los primeros la probabilidad de visitar al MF es 2,8 veces mayor que la de visitar al ME, para los segundos la razón es de 1,4 visitas al MF por cada visita al ME, mientras que los mutualistas muestran un patrón “invertido” al visitar un 35 por ciento más al ME que al MF (5). En relación con el nivel educativo, de renta y auto-percepción de salud, los dos últimos grupos (mutualistas y “doble cobertura”) superan notablemente al primero (5), lo que sugiere un uso inadecuado (a más salud más consultas al ME) que algún trabajo ha comprobado (7), confirmando que los peores riesgos se quedan en el SNS. Esta desigualdad pro-pobres en la utilización del MF también se ha demostrado entre la población española de 50 o más años (16). También entre los mayores de 65 años se detecta desigualdad pro-pobres en la utilización del MF y pro-ricos en la utilización del ME (17). En la comparación internacional (países de la OCDE) (18), España mostraba en el año 2000 una desigualdad pro-ricos en la utilización del ME y pro-pobres en la utilización del MF. Unos años después, en 2009, otro estudio (19) que también involucraba a



los países de la OCDE mostraba que la desigualdad pro-pobres en la utilización del MF en España se mantenía aunque algo atenuada pero la desigualdad pro-ricos en la utilización del ME se disparaba alcanzando la tercera mayor desigualdad pro-ricos de todos los países estudiados en el acceso (probabilidad de visita en el último año) y la mayor de todos ellos en la frecuencia de acceso (número de visitas en el último año). Ello significa que la utilización (¿sobreutilización?) del ME en España tiene bastante más que

ver, mucho más que en otros países desarrollados, con la renta del individuo que con la necesidad sanitaria.

Menor universalización efectiva de la Atención Primaria

En el fondo, lo que ocurre en nuestra Sanidad pública es una menor universalización efectiva del nivel ambulatorio en general, y de la Atención Primaria en particular, que del sector hospitalario. De hecho, datos oficiales (20) muestran como en 2014 el

92,60 por ciento del gasto hospitalario en España fue público, mientras que era público apenas el 49,68 por ciento del gasto sanitario ambulatorio. Lo que explica que España muestre, en la comparación internacional, un gasto sanitario ambulatorio per cápita (en unidades monetarias comparables) de los más altos de la Europa desarrollada y un gasto hospitalario privado per cápita de los más bajos (21-23). Esta menor universalización efectiva de la Atención Primaria en España no es más que el resultado de su descremado sociológico al que han conducido la dualización de nuestra Sanidad pública y la incentivación fiscal al gasto privado en asistencia sanitaria o a la compra de seguros médicos privados durante las últimas tres décadas, sin olvidarnos de la anemia crónica inversora en Atención Primaria (23).

Principales consecuencias del "descremado sociológico"

La principal consecuencia de la no utilización de la Atención Primaria por aquellos sectores sociales con mayor nivel educativo, de renta y mayor capacidad de influencia sobre la opinión y el poder públicos es que la Atención Primaria despierta cada vez menos interés. Evidente entre los ciudadanos que paulatinamente la abandonan procurándose asistencia sanitaria privada (especialmente ambulatoria y por especialistas), como atestigua el progresivo aumento durante las últimas dos décadas del número de ciudadanos con un seguro privado de salud (incluso, durante los años de crisis económica) y de nuestro gasto sanitario privado ambulatorio que en unidades monetarias comparables per cápita es uno de los más altos de Europa (21-23). También despierta cada vez menos interés entre los futuros médicos como demuestra que cientos de plazas MIR de Familia hayan quedado desiertas en las convocatorias de los últimos 15 años y que casi la mitad de los nuevos residentes que ya han cursado previamente otra especialidad son médicos de familia ya titulados (re-especialización) (24). Nada de esto sorprende cuando conocemos que la Medicina de Familia es actualmente



la especialidad médica con menor prestigio profesional entre los estudiantes de medicina (25). También despierta un progresivo menor interés entre los políticos como demuestra el hecho de que le reduzcan la parte del presupuesto sanitario año tras año desde hace más de 20 años. Quizá esto tenga que ver con el hecho de que gran parte de ellos no utilicen la Atención Primaria por pertenecer al grupo cualitativamente relevante de la dualización (26).

Epílogo

Desde la perspectiva internacional comparada nuestro sistema sanitario ha mostrado durante las últimas décadas destacadas posiciones tanto en resultados relacionados con su buen desempeño como en equidad de acceso al mismo, todo ello a un coste muy moderado. Por lo tanto, desde la perspectiva de los grandes números podemos decir que nuestra Sanidad ha sido, al menos hasta ahora, notablemente eficiente y equitativa. Pese a ello, no podemos permanecer insensibles a los problemas estructurales (y sus fuentes) de ineficiencia, irracionalidad y de deseabilidad social que aquejan a nuestra Sanidad pública cuando la observamos al microscopio. El modo de afrontar la crisis económica actual ha puesto a nuestro sistema sanitario ante el mayor “test de estrés” de su historia. En vez de reformar lo necesario para extirpar con microcirugía los “activos tóxicos” que nutren de ineficiencia e irracionalidad al sistema y generan anticuerpos frente a una deseabilidad social suficientemente amplia del mismo, se han desatado virulentos recortes presupuestarios, más indiscriminados que selectivos, que erosionan el sistema y, en el medio plazo, probablemente traigan mayor ineficiencia, irracionalidad, menor deseabilidad social del mismo y mayor dualización. Cuando más se necesitaba, los políticos no han planteado medidas de modernización de la gestión y gobierno de lo público para ganar flexibilidad y eficiencia. Sólo la reducción del presupuesto y la “externalización” de la gestión al sector privado se presentan como soluciones tildadas de

inevitables. Y no será porque no haya habido propuestas solventes y sensatas de mejora (27-31). Todas ellas incluyen la potenciación de la Atención Primaria y el empoderamiento de sus profesionales pues sin ella (y, especialmente, sin los médicos de familia) no será posible una reforma y regeneración del sector que reduzca las bolsas de ineficiencia e irracionalidad de mismo y amplíe la deseabilidad social de la Sanidad pública, especialmente (¿a través?) de la propia Atención Primaria. Se trata de conseguir una Sanidad pública cuyas prestaciones, especialmente las de su primer nivel de atención, sean deseables por toda la población. La Atención Primaria sólo tendrá los mejores niveles posibles de calidad si no es pasto, como lo ha sido durante décadas, del descremado sociológico y es efectivamente utilizada por todos los estratos sociales, especialmente por aquellos con mayor capacidad para influir sobre el decisor público: una “Atención Primaria para todos” y no sólo “para la gente” pues una Atención Primaria “para pobres” acaba siendo una “pobre” Atención Primaria ■

Referencias bibliográficas

1. Simó J. Aseguramiento sanitario público en España, situación actual y tareas pendientes. AMF 2015; 11(9): 504-511. Disponible en: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1470
2. ICEA. Volumen y crecimiento de primas, ingresos derivados de la actividad, asegurados y prestaciones de salud. Disponible en: http://www.icea.es/es-ES/informaciondelseguro/AlmacenDeDatos/Salud/2016/Total%20Salud/Asegurados,%20Primas,%20Ingresos%20y%20Prestaciones_Total%20Salud_316.xls
3. Memoria Social del Seguro Español 2007. UNESPA. Asociación Empresarial del Seguro: Disponible en: http://unespa.org/adjuntos/fichero_2629_20080521.pdf

4. Regidor E, Martínez D, Astasio P, Ortega P, Calle ME, Domínguez D. La asociación de los ingresos económicos con la utilización y con la accesibilidad de los servicios sanitarios en España al inicio del siglo XXI. Gac Sanit 2006; 20:352-9. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v20n5/original2.pdf>
5. Rodríguez M, Stoyanova S. The effect of private health insurance access on the choice of GP/specialists and public/private provider in Spain. Health Econ. 2004; 13: 689-703. Disponible en: <http://tinyurl.com/ocoso62>
6. Fusté J, Sèculi E, Brugulat P, Medina A, Juncà S. Población con doble cobertura o cobertura pública de aseguramiento sanitario. ¿Cuál es la diferencia? Gac Sanit. 2005; 19: 15-21. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v19n1/original.pdf>
7. Ordaz Sanz JA, Murillo Fort C, Guerrero Casas FM. Análisis empírico de la demanda de seguros privados de enfermedad en España. Estudios de Economía Aplicada. 2005; 23: 161-171. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/301/30123115.pdf>
8. Enquesta de salut de Catalunya 2014. Principals resultats. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Disponible en: http://salut-web.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/onada09/esca2014_resultats.pdf
9. Rodríguez M, Stoyanova A. Changes in the demand for private medical insurance following a shift in tax incentives. Health Econ. 2008; 17:185-202. Disponible en: <http://tinyurl.com/qjspbqq>
10. López Casasnovas G. El nuevo tratamiento fiscal del aseguramiento sanitario privado. Revista de Administración Sanitaria. 2000; 4: 437-447. Disponible en: <http://tinyurl.com/qefga6a>
11. García Marco C. Incentivo fiscal por

- comprar seguros médicos privados. Blog Salud, Dinero y Atención Primaria. Disponible en: <http://saludinerop.blogspot.com.es/2016/12/incentivo-fiscal-por-comprar-seguros.html>
12. Simó J. ¿Cuánto ha copagado el usuario del SNS por la farmacia de receta en 2013? Blog Salud, Dinero y Atención Primaria. Disponible en: <http://saludinerop.blogspot.com.es/2015/03/cuanto-ha-copagado-el-usuario-del-sns.html>
 13. Ortún V. A propósito del aseguramiento sanitario privado. Aten Primaria. 2011; 43:457-458. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-a-proposito-del-aseguramiento-sanitario-90026686>
 14. López-Nicolás A. Seguros sanitarios y gasto público en España. Un modelo de microsimulación para las políticas de gastos fiscales en sanidad. Papeles de trabajo del Instituto de Estudios Fiscales. Serie economía. Nº 12. 2001. Disponible en: http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/papeles_trabajo/2001_12.pdf
 15. López-Nicolás A, Vera-Hernández M. Are tax subsidies for private medical insurance self-financing? Evidence from a micro-simulation model. J Health Econom. 2008; 27:1285-98. Disponible en: <http://repositories.upf.edu/handle/10230/823>
 16. Crespo-Cebada E, Urbanos-Garrido RM. Equity and equality in the use of GP services for elderly people: The Spanish case. Health Policy 2012;104:193-9. Disponible en: <http://tinyurl.com/ozqyauk>
 17. Aguilar I, Carrera P, Solsona S, Sartolo M.T., Rabanaque M.J. Utilización de servicios sanitarios en ancianos (España 2006-2012): influencia del nivel de salud y de la clase social. Aten Primaria 2016; 48:235-43. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-linkresolver-utilizacion-servicios-sanitarios-ancianos-espana-S0212656715002115>
 18. van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. CMAJ. 2006; 174: 177-83. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1329455/pdf/20060117s00017p177.pdf>
 19. Devaux, M, de Looper M (2012). Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009, OECD Health Working Papers, Nº 58, OECD Publishing, 2012. Disponible en: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5k95xd6stnxt.pdf?expires=1438278366&id=id&accname=guest&checksum=FE7B1A5CD80B84B050EEA926945451B7>
 20. Sistema de Cuentas de Salud 2014. Principales resultados. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Julio 2016. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SCSPrincipalesResultados.pdf>
 21. Simó J. El «techo de cristal» de la atención primaria española. Aten Primaria 2009; 41: 572-577.
 22. Simó J. ¿Gastamos demasiado... o gastamos mal? AMF. Actualización en Medicina de Familia. 2012; 8: 196-204. Disponible en: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=961
 23. Simó J, Gervas J. El gasto sanitario en atención primaria en España: insuficiente para ofrecer servicios atrayentes para pacientes y profesionales. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit.2012; 26(Supl.1):36-40.
 24. González B, Barber P. Cómo lo que vamos aprendiendo acerca de la elección de especialidad médica puede ayudar a refundar la Medicina de Familia y Comunitaria. Disponible en: https://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/_pdf/6.Cap._6_Cxmo_vamos_aprendiendo_de_la_eleccixn_de_especialidad.pdf
 25. Mena G, Llujià A, Sequera VG, Aldea M. Formación sanitaria especializada: preferencias y percepciones de los estudiantes de medicina. Med Clin (Barc). 2013;140(3): 135-138.
 26. Freire JM. La dualización de la sanidad pública española y sus consecuencias. XXX Jornadas de Economía de la Salud. Valencia, 22-25 junio 2010. AES. Disponible en: <http://www.slideshare.net/AsociacionEconomiaSalud/jos-manuel-freire>
 27. Bernal E, Campillo C, González López-Valcárcel B, Meneu R, Puig-Junoy J, Repullo JR, Urbanos R. La Sanidad Pública ante la crisis. Recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable. Documento de Debate de la Asociación de Economía de la Salud, 2011. Disponible en: http://www.aes.es/Publicaciones/DOCUMENTO_DEBATE_SNS_AES.pdf
 28. Comunicado de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS): SESPAS ante la crisis económica y las políticas de contención de costes. Para no cortar por lo sano. Diciembre de 2011. Disponible en: http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/SESPAS_ANTE_LA_CRISIS.pdf
 29. Repullo Labrador JR. El Sistema Nacional de Salud en tiempos de crisis: sin primaria no es posible. AMF 2012; 8(7): 362-363
 30. Ortún V. Entorno económico y afectación a la sanidad. El Médico. 2012 (1131): 14-16. Disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/analisis/tribuna/110715/entorno-economico-y-afectacion-a-la-sanidad>
 31. Gervas J, Pérez M. Rebajas sanitarias racionales en tiempos de crisis económica. FMC. 2011; 18 (10):615-23.