

El descremado sociológico de la **atención primaria** española

“La crítica situación actual de la atención primaria es fruto de un crónico proceso de deterioro y debilitamiento por abandono debido a la inacción continuada de nuestras instituciones políticas, sanitarias y académicas”



Juan Simó,
Médico de familia. CS.
Rochapea.
Pamplona.

Las instituciones públicas pierden utilidad cuando son incapaces de hacer individualmente atractivo lo socialmente conveniente. La crítica situación actual de la atención primaria es fruto de un crónico proceso de deterioro y debilitamiento por abandono debido a la inacción continuada de nuestras instituciones políticas, sanitarias y académicas que han hecho bien poco en las últimas dos décadas para que nuestra atención primaria sea individualmente más atractiva siendo, como es, socialmente muy conveniente. La situación empeora y pierden legitimidad cuando de la pasividad pasan a la acción y potencian tal deterioro con actuaciones que debilitan todavía más a la atención primaria.

La asistencia sanitaria pública en España es dual. Una *dualización* que arranca en el origen totalitario de nuestra sanidad pública. Con este origen pretendió romper la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986. La norma mandaba integrar en el Sistema Nacional de Salud (SNS) la asistencia sanitaria de todos los ciudadanos bajo cobertura sanitaria de los diversos subsistemas de financiación pública hasta entonces existentes. Pero la Ley se incumple desde entonces por la inacción de unas instituciones demasiado sensibles al interés de unas élites influyentes, lo que ha hecho que estos subsistemas, originados en pleno franquismo o en sus estertores, persistan hasta fechas recientes (1).

En el ámbito nacional destacaron subsistemas como el de las Empresas Colaboradoras (1966-2008) y el Mutualismo Administrativo de Mumpal (1960-1993), Muface (1975), Isfas (1975) y Mugeju (1978). De todos ellos, persiste el Mutualismo Administrativo de Muface, Mugeju e Isfas con poco más de 2 millones de beneficiarios. En el ámbito autonómico destacaron subsistemas como el de la Asociación de la Prensa de Madrid (1973-2016), o el de los Montepíos de la Administración Pública de Navarra (1973-2015).

Mantener hasta fechas recientes estos subsistemas, y todavía hoy el del Mutualismo Administrativo, no sólo incumple la LGS, también 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 clínicos (2) o farmacéuticos (3) debido a duplicidades legales o ilegales de cobertura o a la capacidad que tienen sus beneficiarios para elegir entrar, salir de estos subsistemas para cambiarse al

SNS y volver a entrar de nuevo, prácticamente en cualquier momento y a conveniencia.

Otra consecuencia es el *descremado* sociológico de la atención primaria secundaria a esta *dualización* (4). En efecto, estos subsistemas conllevaron una atención sanitaria de provisión privada financiada con dinero público pero sin atención primaria. A ellos accedieron, 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 de atención de estos subsistemas cuyos beneficiarios consultan directamente a la medicina especializada privada cuando y cuanto estiman conveniente, en un contexto de pago por acto con cargo al erario público.

Esta *dualización* ha privado a la atención primaria del potente estímulo a la mejora de la calidad del servicio que ejercen los usuarios 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.

Los recortes de la crisis, mucho más intensos en la atención primaria que en la especializada (5), han servido para que se quitaran definitivamente la careta quienes deciden dónde va el dinero. No han querido nunca a la atención primaria. Sólo la consideran un dique de contención hacia especializada y una asistencia de bajo nivel para «la gente», no para ellos. Además de incumplir durante déca-

das la LGS, mantuvieron y ampliaron los beneficios fiscales a la compra de seguros médicos privados cuyo coste fiscal estimado (dinero no ingresado vía impuestos) es de 1.000 millones de euros anuales (6). Sabemos que el menor uso del sistema público que hace la población con seguro privado (7) no compensa el coste de su incentiación fiscal pues la pérdida de ingresos fiscales por la desgravación es mayor que el aumento de gasto sanitario público que produciría su ausencia (8).

El resultado es que más de 10 millones de españoles (sin contar los 2 de mutualistas ni los más de 4 con pólizas dentales) tienen algún tipo de seguro médico privado que compran no precisamente para cubrir el eventual ingreso hospitalario. Lo hacen para esquivar la parte ambulatoria del sistema y, en especial, para evitar tener que acudir a un médico de familia al que ven como un obstáculo que les dificulta el acceso a los «verdaderos» especialistas. Y así, es privado sólo el 7% del gasto sanitario hospitalario en España, mientras que es privado el 50% del gasto en atención ambulatoria (que incluye la atención primaria) (9). Esto indica sencillamente que el hospital público es universal en la teoría y en la práctica, efectivamente universal, aceptado y utilizado por todas las clases sociales. Algo que no le pasa a la atención primaria que ya se ha convertido en una especie de beneficencia «ampliada» evitada por casi todo el que puede.

Y por si todo esto fuera poco, pusieron en marcha hace muchos años las “regalías sanitarias” mediante las cuales se gastan anualmente decenas de millones de euros públicos en 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

“Los sectores sociales más pudientes e influyentes sobre la opinión y el poder públicos tienen una vía de ‘escape’ pagada o incentivada con dinero público, como alternativa a la atención primaria”

Autonómicos, etc.) pese a estar cubiertos por el SNS y su atención primaria (10).

¿Cómo van a querer la atención primaria si hasta Muface presume de tener un Gobierno de funcionarios? (11). ¿Cómo van a querer a la atención primaria si gran parte, y creciente, de los diputados del Congreso son funcionarios? (12, 13). También los parlamentarios autonómicos (14). No sorprende, pues, que el Mutualismo no haya sufrido recorte alguno por persona protegida durante la crisis (15) o que los seguros médicos privados vivan sus mejores años (16).

El deterioro institucional actúa como un Robin Hood inverso: mete la mano del copago en el bolsillo de los

pensionistas al tiempo que incentiva fiscalmente (o regala) unos seguros médicos privados que compran (o reciben) sujetos más ricos, jóvenes y sanos que los pensionistas. La solución no es retirar el copago, sino retirar los beneficios fiscales a quienes compran estos seguros y, por supuesto, no regalarlos a miembros o empleados de instituciones u organismos públicos.

La evidencia disponible (17, 18, 19, 20, 21) muestra diferencias en la visita ambulatoria al médico especialista y al médico de familia relacionadas con la renta de los individuos: mayor utilización del primero y menor del segundo en los sujetos de más renta, y viceversa. Los datos más recientes muestran (22) que son de clase media-baja

el 70% de quienes sólo tienen la sanidad del SNS. Mientras que son de clase media-alta el 87% de los mutualistas y el 68% de quienes disfrutan de un seguro médico privado. Estos dos últimos grupos consultan menos al médico de familia pero más al especialista que quienes sólo tienen la sanidad del SNS, pese a ser más jóvenes, sanos, ilustrados y ricos (22).

Como vemos, los sectores sociales más pudientes e influyentes sobre la opinión y el poder públicos tienen una vía de “escape”, pagada o incentivada con dinero público, como alternativa a la atención primaria. Es el *descremado* sociológico de la misma. Generado por la crónica *dualización* sanitaria y

potenciado durante las últimas dos décadas por la incentivación fiscal al seguro médico y por las “regalías sanitarias”. Un *descremado* permitido o potenciado por las instituciones, regado siempre con dinero público y causa principal del deterioro y debilitamiento de la atención primaria.

Y una atención primaria 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 mayor derivación entre servicios. Se resienten así la equidad y la calidad del sistema que ya padece un claro trastorno por déficit de atención (primaria) con hiperactividad (hospitalaria).

La inacción institucional es permisiva, cuando no culposa por acción, del paulatino proceso de deterioro por abandono de la atención primaria. La misma inacción que nos avergüenza de ser, junto con Italia, los únicos países europeos que a estas alturas del siglo XXI no tienen ningún departamento universitario de medicina de familia o de atención primaria (23). Pese a ello, los estudiantes de medicina valoran mucho sus prácticas en los centros de salud, más incluso que las que hacen en el hospital (24), pero al elegir especialidad prefieren el hospital al centro de salud (25).

Urden medidas institucionales que miren por el bien común y no por el de privilegiados colectivos. Medidas que hagan individualmente atractiva la atención primaria, no sólo para los ciudadanos también para los profesionales, pues socialmente ha mostrado sobradamente su conveniencia en términos de equidad, resultados en salud y en eficiencia para el sistema y la población, lo que le ha valido una muy alta valoración en la investigación internacional comparada en servicios de salud en Europa (26).

Referencias bibliográficas

1. Simó J. Aseguramiento sanitario público en España, situación actual y tareas pendientes. AMF. 2015; 11: 504-511. Disponible en: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1470
2. L. Pellissé. Regulación de competencia en el mercado de seguros sanitarios español: Capitación y selección de riesgos en MUFACE, Política y Gestión Sanitaria: La Agenda Explícita, Asociación de la Economía de la Salud, ed. R. Meneu and V. Ortún (1996). Disponible en: https://docs.wixstatic.com/ugd/333ecd_c6f16115737e435d8402eca369c188bd.pdf
3. Simó J. Copago en farmacia de receta en la sanidad pública española: certezas, riesgos y selección de riesgos. Aten Primaria. 2015; 47:669-673. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-copago-farmacia-receta-sanidad-publica-So212656715002504>
4. Simó J. El descremado sociológico de la atención primaria española. EL MÉDICO. 2017; 1179: 14-19. Disponible en: https://docs.wixstatic.com/ugd/333ecd_dc98a91d35f94799a4e21f3a03ccc9be.pdf
5. Simó J. Blog Salud, Dinero y Atención Primaria. Sexto año en UCI de la APS española y epicrisis. Disponible en: <https://saludineroop.blogspot.com/2018/07/sexto-ano-en-uci-de-la-aps-espanola-y.html>
6. Simó J. Blog Salud, Dinero y Atención Primaria. Incentivo fiscal por comprar seguros médicos privados. Disponible en: <http://saludineroop.blogspot.com/2016/12/incentivo-fiscal-por-comprar-seguros.html>
7. 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
8. 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://repositori.upf.edu/handle/10230/823>
9. Ministerio de Sanidad. Sistema de Cuentas en Salud (SCS). Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/SCS.htm>
10. Simó J. Blog Salud, Dinero y Atención Primaria. Regalías sanitarias: la oscura fuente de dualización. Disponible en: <https://saludineroop.blogspot.com/2018/03/regalias-sanitarias-la-oscura-fuente-de.html>
11. Un gobierno de funcionarios. Revista Muface. 2012. nº 221. Disponible en: https://www.muface.es/revista/0221/En_Portada_Gobierno_de_funcionarios.html?utm_content=buffer6doc&utm_medium=social&utm_source=clp.com&utm_campaign=clp
12. La mayoría de los diputados son funcionarios y abogados. Cadena Ser. 14-12-2011. Disponible en: https://cadenaser.com/ser/2011/12/14/espana/1323823834_850215.html
13. El partido de los funcionarios ganó las elecciones. El Español. 18-1-2016. Disponible en: https://www.elespanol.com/espana/20160117/95370475_13.html
14. Freire JM. La dualización de la sanidad pública española y sus consecuencias. XXX Jornadas de Economía de la Salud. Valencia., 22-25 junio 2010. Disponible en: <https://es.slideshare.net/AsociacionEconomiaSalud/jos-manuel-freire>
15. Simó J. Blog Salud, Dinero y Atención Primaria. Tras los recortes los políticos siguen cuidado más su sanidad cada vez mas que la de los demás. Disponible en: <https://saludineroop.blogspot.com/2018/06/tras-los-recortes-los-politicos-siguen.html>
16. Los seguros sanitarios en España viven sus mejores años. El Economista. 25-4-2018. Disponible en: <https://www.eleconomista.es/salud-innovacion/noticias/9097463/04/18/Los-seguros-de-salud-en-Espana-viven-sus-mejores-anos.html>
17. 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>
18. 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>
19. 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-So212656715002115>
20. 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/20060117500017p177.pdf>
21. 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: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5k95xd6stnxt-en.pdf?expires=1556626371&id=id&accname=guest&checksum=DFA268A456A-7FD31EB9B49C178056FC4>
22. Simó J. Últimas cifras del descremado sociológico de la atención primaria española. EL MÉDICO. 2017; 1180: 8-15. Disponible en: https://docs.wixstatic.com/ugd/333ecd_8b5ad6e7babb-41d2a824492713e621ad.pdf
23. Casado V. La medicina familiar y comunitaria y la universidad. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit.2012;26(5):69-75. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es-la-medicina-familiar-comunitaria-universidad--articulo-So21391111002767>
24. Rodríguez MC, Diez N, Alegre M, Arbea L et al. Valoración de tutores clínicos y estudiantes de medicina respecto a las rotaciones en centros de atención primaria y hospitales. Aten Primaria. 2016; 48: 210-2012. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-valoracion-tutores-clinicos-estudiantes-medicina-So212656715002103>
25. No quiero ser médico de familia. El País. 7-6-2010. Disponible en: https://elpais.com/diario/2010/06/07/sociedad/1275861601_850215.html
26. Kringos D, Boerma W, Hutchinson A, Saltman R. Building primary care in a changing Europe. World Health Organization. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/154350/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf;jsessionid=5467050CA26256F6F3BC-6911F920F9F3?sequence=1>