



Salvador
TRANCHE

Presidente de la Sociedad Española
de Medicina de Familia y
Comunitaria (semFYC)

De evidencias, hablamos

Durante los últimos años, el presupuesto de las comunidades autónomas para atención primaria (AP) ha sufrido un descenso del 13,2 por ciento. Esta insuficiencia presupuestaria tiene dos consecuencias graves. Por un lado, el abandono social de la AP; y, por otro, la ausencia de innovación organizativa. Los recortes en el primer nivel asistencial resultan paradójicos, ya que existen evidencias de que aquellos sistemas sanitarios que la potencian son más eficientes, tanto desde el punto de vista económico, como en resultados en salud.

KEY WORDS: Atención primaria, AP, innovación organizativa, aseguramiento, mutualidades, Real Decreto 16/2012, envejecimiento.

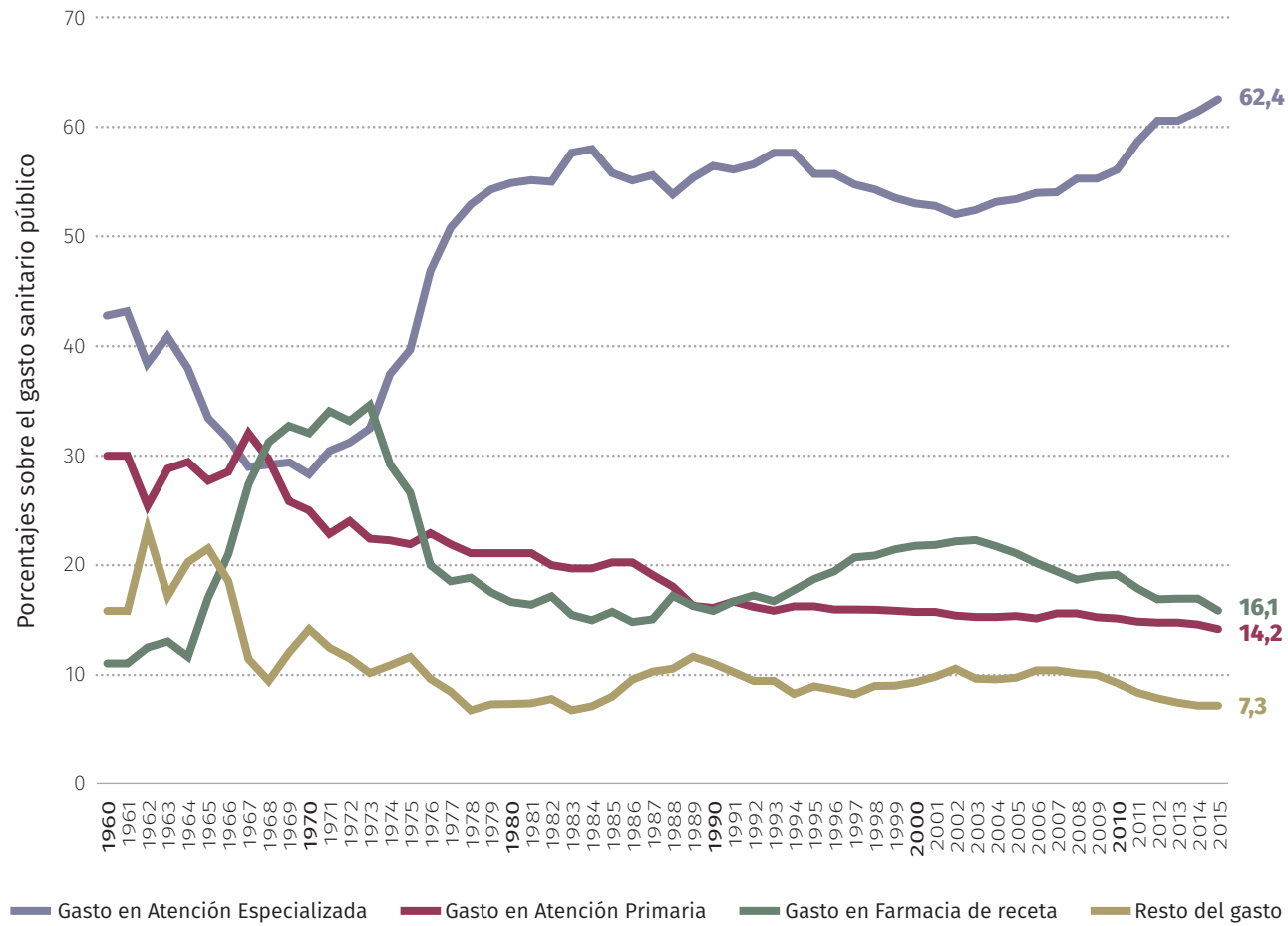
Es una realidad absolutamente contrastada que el presupuesto sanitario destinado a la atención primaria (APS) no sólo es insuficiente, sino que presenta a lo largo de estos últimos años una tendencia descendente, lenta y continua. En el gráfico 1 se puede observar cómo se va reduciendo el gasto destinado a la APS y lo que es más importante, no se vislumbra un cambio en la tendencia. Para el año 2015 y en comparación con el 2009 en el conjunto del gasto sanitario, la atención especializada ha crecido 4,3 por ciento mientras que la atención primaria ha decaído un 13,2 por ciento (Figura 1).

Esto no nos sorprende puesto que históricamente existe una deficiente dotación presupuestaria de la APS, lo desconcertante es por qué en estos años de intensa crisis económica no se ha revertido la situación cuando es bien conocido y se dispone de evidencias que demuestran que los sistemas sanitarios que se apoyan en atención primaria y la potencian son más eficientes tanto desde un punto de vista económico como sanitario (Kringos DS,2013; Starfield



FIGURA 1

EVOLUCIÓN DEL PESO DE LAS PRINCIPALES PARTIDAS FUNCIONALES DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO EXPRESADAS COMO PORCENTAJE DEL MISMO



Fuente: Simo J, 2017. Blog Salud, dinero y atención primaria.

B, 2012; Macinko J 2009). Paradójicamente aquí ha ocurrido lo contrario, el impacto de la crisis ha sido y es notable en todo el sistema sanitario, pero lo es mucho más para la atención primaria.

Concomitantemente y debido en parte a la insuficiencia presupuestaria se están produciendo dos fenómenos graves: el abandono social de la atención primaria y la ausencia de innovación organizativa.

UNA ATENCIÓN PRIMARIA NO UNIVERSAL

Uno tiene la impresión de que, en nuestro país, la atención primaria por su ubicación (inserta en la comunidad) y por su accesibilidad, tiene una cobertura universal. Y no es así. De hecho, es inferior a la cobertura del hospital y ello por tres situaciones que describo a continuación:



Se están produciendo dos fenómenos graves: el abandono social de la atención primaria y la ausencia de innovación organizativa

La primera por el Real Decreto 16/2012 de medidas urgentes para asegurar la sostenibilidad del sistema nacional de salud, que mantiene en el hospital la atención de urgencias y materno infantil para los extranjeros no registrados ni autorizados, pero no en atención primaria. Un aspecto menos tratado de este decreto es que al definir diferentes carteras de servicios (común y complementaria) en las Comunidades Autónomas, introduce o normaliza las **desigualdades** entre los diferentes territorios.

La segunda situación tiene que ver con las mutualidades y asimilados. Es muy llamativo cómo mientras para la APS se reduce el presupuesto, las mutualidades crecen un 6,87 por ciento entre los años 2010 y 2015. Sin duda alguna, elementos como el pago por acto y libre acceso al especialista junto con la práctica ausencia de un ámbito de atención primaria en estas entidades, hace que los mutualistas visiten un 35 por ciento más frecuentemente al especialista hospitalario que al médico de familia.

El tercer elemento es el crecimiento del doble aseguramiento (público y privado). En el último informe del Consejo Económico y Social, se recoge el aumento de la doble cobertura que ha pasado del cinco por ciento en los primeros años 90, al 15 por ciento el año 2014. Conviene destacar que éste aumento no ha sido homogéneo puesto que la población que elige este doble aseguramiento es mayoritariamente, de clase social alta (según la ocupación), menor de 65 años y con estudios superiores. Probablemente este fenómeno no sea achacable, únicamente, al deterioro de la APS, sino que también pueden influir las notables demoras para procedimientos diagnósticos y terapéuticos que existen en el sistema sanitario público.



Si establecemos las urgencias hospitalarias, como punto básico de atención, para los migrantes en situación irregular, mantenemos y promovemos las mutualidades y facilitamos el abandono de la atención primaria de la población con recursos económicos y alto nivel cultural, la consecuencia para la atención primaria y por ende para el sistema sanitario público será el deterioro social y político y la evolución hacia un sistema de atención a la beneficencia o a las poblaciones de menores recursos.

Y SI HABLAMOS DE GESTIÓN...

Tres elementos también a destacar en este apartado.

Todo sigue igual. O dicho de otra manera desde el punto de vista de gestión sanitaria la crisis económica no ha cambiado ningún comportamiento de los gestores y políticos. Pasado el tiempo de los recortes se observa un leve y paulatino aumento de contrataciones especialmente en el ámbito hospitalario y crecimiento del gasto de farmacia muy especialmente del gasto farmacéutico hospitalario que en el año 2.016 alcanzó los 6.562 millones de euros, dos terceras partes del gasto de farmacia por receta.

El progresivo envejecimiento de la población española y el incremento de la cronicidad. Se calcula que en el año 2029 en España residirán 11,3 millones de personas mayores de 64 años y alcanzarán los 15,8 millones en 2064. Casi dos de cada tres personas mayores de 65 años tienen alguna enfermedad crónica con una media de cuatro enfermedades por persona y ocasionan el 80 por ciento de las consultas de atención primaria y el 60 por ciento de los ingresos hospitalarios, lo que supone un 75

por ciento del total del gasto sanitario. En el último informe de la OCDE, (nov 2017), relativo a España se concluye que “será necesario lograr una mejora de la eficiencia en la prestación de asistencia sanitaria y cuidados de larga duración para abordar de manera asequible las crecientes necesidades de una población que envejece”. Disponemos de evidencias que sugieren que la mejor respuesta para la atención a la cronicidad es una atención primaria consolidada y adecuadamente dotada (Nasmith, 2010; Starfield B,2011).

Estos últimos años, como una estrategia para mejorar la coordinación asistencial se vienen implantando en nuestro país, las Organizaciones Sanitarias Integradas, más conocidas como Gerencias Únicas. A día de hoy no se dispone de evaluaciones rigurosas que demuestren ninguna superioridad de este modelo sobre otros sistemas de organización de cuidados y sin embargo, han beneficiado a los hospitales y han anonimizado la atención primaria que va perdiendo interlocución y gestión de presupuesto. Tal como describe J. Simó, “desde el año 2010, el gasto en atención especializada se come todo el ahorro de farmacia de atención primaria ...”. A la luz de estos datos parece inadecuado seguir extendiendo este modelo y sería razonable recuperar las estructuras de atención primaria con sus presupuestos propios. (Strandberg-Larsen M,2008; Pou Bordoy J,2006; Kathryn M. McDonald, 2007).

Se observa de forma clara un deterioro de la atención primaria en términos de inversión presupuestaria y de innovación organizativa



CONCLUSIONES

Se observa de forma clara un deterioro de la atención primaria en términos de inversión presupuestaria y de innovación organizativa, acompañado de un abandono progresivo de la clase media-alta hacia modelos mutualistas o de doble cobertura.

Disponemos de evidencias que demuestran que la atención primaria comparada con la hospitalaria o con sistemas hospitalocentristas, se asocia con una calidad de atención individualizada aparentemente inferior, pero aporta un estado de salud funcional similar a menor coste para las personas con enfermedades crónicas y mejor calidad, mejor salud, mayor equidad y menor coste para personas y poblaciones enteras. (Stange KC,2009).

Tenemos las evidencias, la pregunta es ¿porqué entonces, los políticos, los gestores no las aplican?...

Autor para correspondencia:

Dr. Salvador Tranche
Sede Barcelona
c/ Diputació, 320 Bajo
08009 · Barcelona

Sede Madrid
c/ Fuencarral, 18
28004 · Madrid