

Crisis, sanidad y atención primaria: del qué, del cómo y del para qué

Simó Miñana J

En la comparación internacional nuestro sistema sanitario ha alcanzado durante las últimas dos décadas destacadas posiciones tanto en efectividad¹ como en equidad², con un coste muy moderado³. Desde la perspectiva lejana de los grandes números nuestra sanidad ha sido hasta ahora notablemente eficiente y equitativa. Pero esto no debe ocultar los problemas estructurales de ineficiencia, irracionalidad y deseabilidad social que aquejan a nuestra sanidad pública en las distancias cortas. Para mejorar necesitamos identificar los principales problemas relacionados con el "qué", el "cómo" y el "para qué", y considerar que la salud no depende solo de la sanidad.

SANIDAD PÚBLICA, DESIGUALDADES Y CRISIS

Los servicios sanitarios son un determinante más de la salud. Pero a partir de un determinado nivel de renta, ampliamente superado por los países desarrollados, las consecuencias derivadas de la posición en la escala social probablemente tengan mucha más relación con las diferencias en la morbi-mortalidad de las personas que la estricta atención médica. Marmot denominó a esto "gradiente social en salud"⁴. Así, superado un determinado nivel de desarrollo, la causa de las diferencias en mortalidad por cardiopatía isquémica entre los países habría que buscarla no solo en la tasa de unidades de cuidados coronarios sino también en las consecuencias de las diferencias entre los individuos dentro de la escala social de cada país. Los gobiernos deben reducir dichas consecuencias mediante *amortiguadores*: sanidad y educación de calidad para todos, cuidados a la gente mayor y dependiente... Es muy probable que las desigualdades hayan aumentado en España durante los últimos años fruto de una política fiscal poco progresiva desarrollada antes y después de la crisis y como consecuencia de los recortes sociales que ocurren durante la misma. En las crisis son más necesarios dichos *amortiguadores*, pues las desigualdades invariablemente se agrandan producto del desempleo

y del empobrecimiento de una parte importante de la población.

SOBRE EL "QUÉ"

Durante los años de bonanza hemos hecho más (o mucho más) de lo mismo y con las vacas *flacas* hacemos menos (o mucho menos) también de lo mismo. Ni la eficiencia ni la equidad mejoran haciendo más o menos de lo mismo, especialmente si se hace del mismo modo. Nuestra sanidad pública actual poco tiene que ver con la de hace 3 o 4 décadas. De las insuficiencias de entonces pasamos a disponer, hasta la llegada de la crisis, de uno de los sistemas sanitarios más eficaces, eficientes y equitativos del mundo. Como contrapartida, empezamos a tener una sanidad en la se producen más actuaciones inadecuadas por exceso que por defecto. Ocurre esto al confundir hiperactividad con proactividad. En la proactividad se toma la iniciativa para intervenir en quien lo necesita aunque no lo demande, mientras que la hiperactividad es consecuencia del aumento, no siempre justificado, de la intensidad de las actuaciones ante una demanda que, además, puede no estar justificada. Cuando la variabilidad clínica⁵ es tan grande que resulta inexplicable por el sentido común clínico-epidemiológico, puede indicar la alta probabilidad de que haya pacientes sobre los que se actúa en exceso al tiempo que se actúa de menos, o sencillamente no se actúa, en otros en los que se debería. La ineficiencia, la inequidad, la irracionalidad y el daño por hiperactividad son las consecuencias inmediatas, a menudo silenciosas e invisibles; por tanto, hay que desinvertir en lo innecesario y superfluo. Y si recuperamos el sentido estricto de la palabra "necesario", lo innecesario y superfluo emerge en cantidad nada despreciable. Lo que consideremos necesario será el "qué".

SOBRE EL "CÓMO"

El Estado es en España el principal empresario proveedor directo de atención sanitaria financiada

públicamente. Esto no ocurre en la inmensa mayoría de los países desarrollados. Y da la impresión de que el Estado prefiere esta función de provisión que la de rector-regulador transparente que sería la que genuinamente le correspondería y en la que debería mejorar y progresar. La mejora no vendrá nunca de recortes indiscriminados ni de la exclusión de colectivos, pues la función rectora-reguladora del Estado en sanidad se justifica también por razones de equidad, no sólo de eficiencia; entre ellas, la de garantizar que ante la enfermedad nadie quede sin la asistencia médica necesaria ni se vea abocado a la pobreza para pagarla, especialmente ante enfermedades catastróficas (muy costosas, crónicas...). La mejora tampoco vendrá de la privatización opaca y poco justificada de servicios sanitarios esenciales que quedan en manos de fondos de capital riesgo, algo que, por cierto, nada tiene que ver con los centros de salud tipo EBA catalanes o los GP británicos gestores de fondos. El riesgo de que el regulado capture al regulador es infinitamente mayor en el primer caso⁶ (por aquello de que si usted debe 100.000 € al banco y no los puede devolver, usted tiene un problema; pero si usted debe a su banco 1.000 millones de € y no puede devolverlos entonces quien tiene un problema es su banco). ¿Cuál es la función principal del Estado respecto de la sanidad pública? ¿Debe seguir siendo el Estado el principal empresario proveedor directo de atención médica, especialmente en el ámbito de la atención primaria? Este es el "cómo".

SOBRE EL "PARA QUÉ"

Curiosamente, cuando más se necesita, nuestros políticos no plantean medidas de modernización de la gestión y gobierno de lo público para ganar en transparencia, flexibilidad y eficiencia. Y no será porque no se hayan presentado propuestas sensatas de mejora por parte de solventes autores^{7,8,9} y asociaciones profesionales^{10,11}. Todas ellas incluyen la potenciación de la atención primaria y el empoderamiento de sus profesionales. Nos merecemos una sanidad pública única y no dual, cuyas prestaciones, incluidas las del 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* derivado de la *dualización* del sistema 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"¹². Para ello es imprescindible que nos pongamos de acuerdo en la respuesta a la pregunta ¿para qué necesitamos, como sociedad, una sanidad pública, de financiación impositiva y cobertura universal? ¿La necesitamos para que los que no puedan pagarse una sanidad privada tengan una pública a la que recurrir en último extremo a semejanza de la antigua beneficencia? ¿La necesitamos para que los funcionarios y no el resto de ciudadanos puedan elegir sanidad privada pagada con fondos públicos? Conviene, pues, tener claro el "para qué".

EPÍLOGO

Como país desarrollado nos encontramos en la parte plana de la curva de rendimientos marginales de las inversiones sanitarias, lugar en el que sustanciales incrementos del gasto producen escasos beneficios en la salud de la población. Pero vivir en la parte plana de la curva no significa renunciar a las mejoras de salud. Es decir, quizá (con toda seguridad, desde la perspectiva del autor) consigamos incrementar más la salud de la población mejorando la asignación de los recursos ya disponibles que incrementando los mismos con la aceleración de la última década. La atención primaria es, probablemente, el ámbito de nuestra sanidad donde más convenga mantener o incrementar los recursos, especialmente si se introducen en ella los cambios estructurales que anulen la *dualización* del sistema, reduzcan el "gradiente social en salud", promuevan la proactividad necesaria y reduzcan la hiperactividad inadecuada. Sin la atención primaria, y especialmente sin los médicos de familia, es sencillamente imposible una regeneración de nuestra sanidad que reduzca sus bolsas de ineficiencia e irracionalidad y amplíe su deseabilidad social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Simó J. Efectividad de nuestro sistema sanitario desde la perspectiva internacional comparada. Salud, dinero... y atención primaria. Disponible en: <http://saluddineroy.blogspot.com.es/2013/02/efectividad-de-nuestro-sistema.html>
2. Simó J. Equidad de acceso a nuestro sistema sanitario, perspectiva internacional comparada. Salud, dinero... y atención primaria. Disponible en: <http://saluddineroy.blogspot.com.es/2013/02/equidad-de-acceso-nuestro-sistema.html>
3. Simó J. ¿Gastamos demasiado... o gastamos

mal? AMF. Actualización en Medicina de Familia 2012;8:196-204. Disponible en: http://www.amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=961

4. Marmot MG. Status Syndrome. A Challenge to Medicine. JAMA. 2006; 295:1304-7.

Disponible en: http://www.sph.umich.edu/sep/downloads/Marmot_Status_Syndrome_challenge_to_Medicine.pdf

5. Atlas VPM. Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional De Salud. Disponible en: <http://www.atlasvpm.org/avpm/>

6. González López-Valcárcel B. La gestión privada de la sanidad pública ¿una huida hacia delante? En: Nada es Gratis. Disponible en: <http://www.fedeablogs.net/economia/?p=27591>

7. Repullo Labrador JR. El Sistema Nacional de Salud en tiempos de crisis: sin primaria no es posible. AMF 2012;8:362-3. Disponible en: http://www.amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1013

8. 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>

9. Gervas J, Pérez M. Rebajas sanitarias racionales en tiempos de crisis económica. FMC 2011;18:615-23.

Disponible en: http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2011/12/FMC-Rebajas-final-sanitarias_JGFMC2011.pdf

10. 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

11. 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.ses-pas.es/adminweb/uploads/docs/SESPAS_ANTE_LA_CRISIS.pdf

12. Simó J. El «techo de cristal» de la atención primaria española. Aten Primaria 2009;41:572-7.