

Para “*déficit sanitario*”, el de los centros de salud. Plataforma 10 minutos*

Pese a las plenas competencias autonómicas, nuestra sanidad pública se sigue gestionando más política que profesionalmente pues la rentabilidad en votos se antepone a la rentabilidad en salud. Los políticos de cualquier signo avivan el fuego del “más por menos” entre los ciudadanos manteniéndoles inconscientes de que, cuando los recursos son limitados, no se puede tener “todo para todos gratis y de máxima calidad” y que, por ello, se deben priorizar las prestaciones. En caso contrario, los riesgos de inequidad (“todo no llega a todos”) y el de mal servicio (“no todo de máxima calidad”) se hacen realidad. Y es que la sanidad se sigue utilizando como arma arrojadiza en la refriega partidista de bajo y alto nivel lo que impide un abordaje riguroso de los problemas (véase el espectáculo del Consejo Interterritorial durante los últimos años y el del actual “debate” sobre el “*déficit sanitario*”). Mucho se habla estos días de “*déficit sanitario*”. Parece que las Comunidades Autónomas no alcanzan a financiar su sanidad y reclaman, por ello, más fondos al Estado. Pero una cuestión planea sobre este asunto: ¿destina España los recursos adecuados a sanidad?. Es decir, ese “*déficit sanitario*” ¿se sustenta cuando comparamos el gasto sanitario español con el de los países europeos desarrollados teniendo en cuenta el nivel de renta?. En dólares ajustados por paridad de poder de compra (\$PPC), y según la OCDE, el gasto sanitario total español es, desde 2000, inferior al de Portugal y Grecia. Esta primera y simple aproximación no sugiere que gastemos en sanidad lo que nos corresponde por renta.

Más de 25 años gastando poco en sanidad pública

Según la OCDE, en 2002 nuestra renta per cápita alcanzó el 78% del promedio de la UE-15 pero nuestro gasto sanitario público llegó al 67% de la media. Respecto a la Europa comunitaria, ese año gastamos en sanidad pública 11 puntos por debajo de nuestra renta. Respecto al grupo de los 22 países europeos de la OCDE la diferencia fue de 13 puntos. Comparados, pues, con la Europa desarrollada llevamos, al menos, más de un cuarto de siglo gastando en sanidad pública entre 7 y 16 puntos por debajo de lo que nos hubiera permitido nuestra renta. No es extraño, pues, oír hablar de “*déficit sanitario*”.

Sobrepeso del gasto privado sanitario respecto a Europa

Además, nuestro gasto sanitario público respecto al total sanitario (público y privado) es inferior a los promedios europeos (en 2003, 71% para España, 75% para la UE-15 y 76% para Europa OCDE-22). Este sobrepeso del gasto sanitario privado español respecto a Europa se detecta importante desde principios de los 90. Por otro lado, en 2002, nuestro gasto sanitario privado per cápita en \$PPC fue 8 puntos superior a nuestra renta comparada España con la UE-15, y 7 puntos superior al compararnos con la Europa de la OCDE. En relación con la Europa desarrollada, nuestro gasto sanitario privado per cápita supera a nuestra renta desde hace más de 10 años. Por lo tanto, el español medio, para su nivel de renta, hace un esfuerzo mayor en gasto sanitario privado que el europeo medio. Especialmente en gasto privado ambulatorio, que se sitúa muy por encima de la media europea. Sin embargo, el gasto hospitalario privado español es muy inferior al promedio europeo. ¿Por qué ocurre esto? Veamos.

El “*déficit sanitario*” no afecta por igual a toda nuestra sanidad pública

Cuando desagregamos el gasto sanitario público en sus tres grandes componentes (hospital, fármacos y atención ambulatoria) vemos que, comparados con Europa, 1/ nuestro gasto hospitalario público per cápita se ajusta a nuestro nivel de renta desde 1995, 2/ nuestro gasto farmacéutico público per cápita supera entre 30 y 20 puntos nuestro nivel de renta desde hace más de 20 años, y 3/ nuestro gasto sanitario ambulatorio público es, desde 1985, inferior entre 20 y 35 puntos a nuestro nivel de renta. La parte ambulatoria de nuestra sanidad, nuestra atención primaria, es el único sector del sistema que se presupuesta, en relación con Europa, muy por debajo de nuestro nivel de renta. Pero eso no es todo. En términos de gasto sobre el PIB, los tres componentes muestran un comportamiento bien distinto: 1/nuestro gasto hospitalario público se encuentra en la media europea desde principios de los 90, 2/nuestro gasto público en medicamentos supera entre 35 y 20 puntos el promedio europeo desde 1990, y 3/ nuestro gasto público en atención ambulatoria no ha hecho otra cosa que descender respecto a Europa desde 1985, situándose entre 25 y 45 puntos por debajo.

Centros de salud con mucho discurso político y sustrato legislativo pero con poco dinero

A principios de los 80 se inició en España la llamada “reforma de la atención primaria”. En 1984 se publica el Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud, punto de arranque de la reforma. Por entonces, y sin que falten motivos para ello, a nuestra atención ambulatoria se la quiere reformar para mejorarla, dignificarla y alinear el servicio con las expectativas de los ciudadanos. Y empiezan a crearse centros de salud. La Declaración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (OMS-UNICEF) celebrada en

Alma-Ata en 1978 inspira parcialmente el discurso. Tan es así, que a esos centros de salud se les pretende convertir en “el eje del sistema sanitario”. En 1978 se crea la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, la que deberán tener los médicos que trabajen en los futuros centros de salud junto con los pediatras. Al nuevo médico de familia también se le quiere transformar en “figura fundamental” del sistema. Estos eran los propósitos. El discurso político, inspirado en Alma-Ata, se traslada al sustrato legislativo que impulsa la reforma, y que la Ley General de Sanidad de 1986 vendría luego a confirmar. El papel central de la atención primaria también se manifiesta más recientemente en la Ley de Cohesión y Calidad de 2003, que afirma que la atención primaria “garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos”. Una reforma como la de 1984 necesitaba no sólo discurso político y sustrato legal, también necesitaba dinero. Unos propósitos como los declarados entonces y ahora explicarían, en buena lógica, que nuestro ámbito sanitario ambulatorio público se hubiera aproximado, desde la perspectiva de los recursos comprometidos, al promedio de los países europeos más desarrollados, precisamente desde el inicio de la reforma o durante los años siguientes. Pero la realidad, como vemos, ha sido bien distinta.

El “déficit sanitario” económico de nuestros centros de salud, una decisión política.

El “déficit sanitario” económico español respecto a Europa se ha cebado casi exclusivamente en nuestra atención primaria. Su abandono presupuestario es patente: la parte ambulatoria del gasto sanitario público (20,4% en 1985) se ha reducido y lleva estancada desde los primeros 90 en un más que insuficiente 15%. Teniendo en cuenta los propósitos de la reforma de 1984 sorprende que la misma haya sido insuficiente para aproximar, lo más mínimo, nuestro gasto ambulatorio público al promedio europeo. Seguimos con el mismo retraso respecto a Europa que en 1984 (en términos per cápita). Con mayor retraso, para nuestra desesperación, si comparamos con Europa nuestro gasto ambulatorio público como parte del PIB o como parte del gasto sanitario público. Esta distribución de fondos en nuestra sanidad pública no es por azar, sino la expresión de una firme decisión política, tan firme como equivocada, mantenida por los diferentes gobiernos (estatales y regionales) desde 1984 hasta hoy. Esta decisión política prefiere la atención especializada a la primaria. Los discursos políticos reiteradamente proclamados al viento electoral durante las dos últimas décadas anunciaban una reforma (la de la primaria) pero, finalmente, los presupuestos han desvelado su verdad: la reforma real, la que cuenta y suena, se ha producido en otras partes del sistema. El gasto hospitalario y el farmacéutico públicos son “europeos” desde la perspectiva presupuestaria. Sin embargo, desde esta misma perspectiva, y comparada con Europa, a nuestra atención primaria se le detuvo el tiempo en 1984. Una decisión política producto de una visión equivocada de lo que debe ser un sistema sanitario efectivo, eficiente, equitativo y humano. Sin una buena y potente atención primaria no es posible una sanidad así. Los políticos se centran más en la enfermedad y curación que en la salud y prevención: vende más un trasplante cardiaco que la prevención de un infarto, es más llamativo y vistoso sofocar un incendio que evitarlo. Y así nos va con los incendios y con los infartos.

Otros “déficits sanitarios” en nuestros centros de salud

No queremos terminar sin señalar otros dos “déficits sanitarios” de nuestra atención primaria: el profesional y el organizativo. El profesional, responsable de la sangría migratoria de médicos de atención primaria que marchan a otros países europeos donde encuentran lo que aquí no: trabajo estable y reconocimiento social y económico. Estamos todavía lejos de tener, como recomiendan los expertos, un 50% de los médicos de la sanidad pública trabajando en los centros de salud. A pesar de ello, nuestros profesionales, especialistas cualificados, literalmente emigran porque aquí no se les contrata. El organizativo, responsable (junto con el “déficit” económico y profesional) de la cada vez mayor desesperanza instalada entre los profesionales. La función organizativa, a pesar del mandato legal, no ha sido capaz de situar la atención primaria como “eje del sistema sanitario” ni al médico de familia como su “figura fundamental”. Por ello, no tenemos una atención primaria que, como manda la ley, garantice “la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos”. Pensamos que tenemos una atención primaria que vale mucho más que lo que cuesta y podría valer mucho más. Por ello, los médicos generales, de familia y pediatras de los centros de salud nos unimos para exigir que se cumpla la ley respecto al papel central de la atención primaria dentro de nuestra sanidad y se inyecten suficientes recursos a los centros de salud. Quizá, una cosa no sea posible sin la otra.

*** Forman parte de la *Plataforma 10 minutos* las principales organizaciones profesionales y científicas del sector. Suscriben este artículo las siguientes organizaciones que representan a la práctica totalidad de los médicos de los centros de salud de España: la SEMG, la SEMFYC, la SEMERGEN, la SEPEAP, la AEPAP, la REAP, la FADSP, el Equipo CESCA, el Instituto @p.COM, la USCAL y la CLI.**