TRIBUNA: Deuda histórica de financiación de nuestra Atención Primaria

EL MEDICO INTERACTIVO.
Juan Simó, médico de familia. Plataforma 10 Minutos. Centro de Salud de Ansoain (Navarra)

La Atención Primaria se sitúa desde los primeros años 90 en el epicentro de la infrapresupuestación relativa de la Sanidad pública española respecto a Europa. Existe, pues, una deuda histórica de financiación con la Atención Primaria española que todavía no se ha saldado, pues entre 1990 y 2008, y aunque las diferencias se reducen mucho respecto de lo ocurrido entre 1972 y 1990, el presupuesto hospitalario sigue creciendo más que el de Atención Primaria. Sin embargo, entre 2004-2008 se abre una puerta a la esperanza al crecer el presupuesto de Atención Primaria más que el del gasto sanitario público en consonancia con lo propugnado en el Proyecto AP21

Madrid (17-3-11).- Nuestra Atención Primaria se sitúa desde los primero años 90 en el epicentro de la infrapresupuestación relativa de la Sanidad pública española respecto a Europa (1) y el reparto de fondos públicos y su crecimiento entre los principales sectores de la Sanidad pública entre 1995 y 2006 fue muy desfavorable para nuestra Atención Primaria (2,3). Por otro lado, nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) fue creado como universal en 1986 por la Ley General de Sanidad (LGS) que reconoció el derecho a obtener las prestaciones del sistema a todos los españoles y a los extranjeros residentes en España, pero explícitamente no generalizó el derecho a su obtención gratuita sino que programó su aplicación paulatina (4). En la práctica, se extendió progresivamente el derecho a la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (ASSS) a diversos colectivos hasta un nivel de cobertura que desde 1990 alcanza ya a la práctica totalidad de la población. En este artículo se resume una investigación original (5) cuyo objetivo fue determinar a partir de información oficial1 el origen temporal de la infrapresupuestación de nuestra Atención Primaria y su relación con este proceso de universalización de facto. Para ello se obtiene el crecimiento real del gasto sanitario público y sus sectores durante periodos significativos relacionados con la aparición de normativa legal que comporte algún hecho relevante relacionado con la aparición o reforma del aseguramiento público, con la extensión de la cobertura sanitaria pública mediante la ampliación de la población protegida5 o con etapas de significado político atendiendo al partido político que sostiene al gobierno de la nación.

El Instituto Nacional de Previsión de la Seguridad Social

Nuestro SNS se construye tras un largo proceso cuyo punto de partida lo podemos situar en 1908 con la creación del Instituto Nacional de Previsión (INP). Aunque orientado a las pensiones de retiro para la vejez, misión primordial del Instituto, se le encomiendan a finales de 1919 otro tipo de seguros que, en general, cubren el riesgo de perder las aptitudes para el trabajo (6). En 1923 se crea el subsidio de maternidad como paso previo al Seguro de Maternidad de 1929. Se preveía la creación posterior de un seguro de enfermedad y su integración con el de maternidad. Sin embargo, no se vuelve a retomar el proyecto de seguro de enfermedad hasta la Segunda República, cuya constitución de 1931 reconocía expresamente el derecho de los trabajadores a un seguro de enfermedad. El INP recibe en 1932 la orden de preparar un proyecto de seguro de vejez, invalidez y muerte, y el estudio técnico de la unificación de estos mismos seguros junto con un seguro de enfermedad (del que

sólo se había desarrollado el de Maternidad de 1929), así como la coordinación de todos ellos con el Seguro de Accidente de Trabajo de 1932. Se trataba de un proyecto de seguro social cuyo estudio y planificación no produce cambios hasta 1935, cuando una comisión elaboró los trabajos del proyecto y sus conclusiones se recopilaron a principios de 1936. Con el estallido de la guerra civil nunca se puso en marcha. Así, la implantación de un seguro de enfermedad y su integración con el seguro de maternidad no se produce hasta la dictadura franquista, con la introducción del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) de 1942, que se aplica a partir de 1944 y queda a cargo del INP (7, 8, 9, 10). Hasta entonces la provisión pública de asistencia médica sanitaria individualizada en nuestro país estuvo restringida a las personas pobres o indigentes, amparadas por la Beneficencia (del Estado, de las diputaciones provinciales y de los ayuntamientos).

El SOE, dirigido a trabajadores de bajos ingresos y a sus dependientes, aseguraba obligatoriamente a todos los “productores económicamente débiles” (salario anual inferior a 9.000 pesetas) que trabajasen por su cuenta o cuenta ajena, a domicilio o en el servicio doméstico. Se aseguraba además a todos los trabajadores manuales aunque sobrepasaran dicho nivel salarial. Los beneficiarios eran los familiares que vivieran con el asegurado y a sus expensas. En las prestaciones sanitarias se incluyeron inicialmente las relativas a la Medicina General y farmacia (medicación sin copago dentro de una lista cerrada -el petitorio-). A partir de 1947 se añade la hospitalización quirúrgica y obstétrica pero no la médico-clínica ni la psiquiátrica. La indemnización por enfermedad consistía en un 50 por ciento del salario abonado a partir del quinto día hasta un máximo de veintiséis semanas; y en caso de maternidad, el 60 por ciento del salario durante un descanso obligatorio de seis semanas tras el parto. El seguro contemplaba también una indemnización por gastos funerarios (7, 8, 10, 11, 12).

El SOE estuvo muy lejos de cubrir a toda la población en sus primeros años. En 1944, primer año de su implantación, la cobertura del SOE alcanzaba al 25 por ciento de la población española, porcentaje que creció lentamente y que a finales de 1950 sólo representaba un 29,24 por ciento (8). Su bajo impacto se debió fundamentalmente a la exclusión de la población agraria, que representaba en 1950 casi la mitad de la población activa española (8). También se excluyó a “los productores” dedicados a actividades no manuales cuyo salario superara las 9.000 pesetas, a los funcionarios por tener otro tipo de prestaciones y a los empleados en otras actividades. La financiación del programa era supuestamente tripartita (Estado, trabajadores y empresarios) pero en la práctica se sustentó mayoritariamente sobre las aportaciones de trabajadores y empresarios. Simultáneamente se desarrolló el mutualismo laboral, origen de una cobertura diferenciada para la salud laboral que se consagró años más tarde con la aparición de la Seguridad Social (SS) (7, 8, 10, 11, 12).

Desde la aparición de la Seguridad Social hasta la actualidad

Periodo: 1960-1967. En 1963 se publica la Ley sobre Bases de la Seguridad Social (LBSS), y en 1966 se aprueba su texto articulado que entra en vigor en 1967. Su principal objetivo es la implantación de un modelo unitario e integrado de protección social, con una base financiera de reparto, gestión pública y participación del estado en la financiación. Pero a pesar de la intención declarada en la propia norma de aumentar las transferencias del Estado, éstas siguieron siendo escasas (7, 10, 11, 12, 13).

Periodo: 1967-1972. Con la entrada en vigor de la LBSS en 1967, el SOE se transforma en ASSS. La norma no cambia la estructura organizativa de la asistencia sanitaria pero sí amplía los servicios al incluir la atención especializada médico-clínica y su hospitalización, regular la ortoprótesis y suprimir el petitorio (la lista cerrada de medicamentos). Se introduce también un copago farmacéutico del 10 por ciento que no distingue entre activos y pensionistas (14). En

1972 se produce la primera reforma de la SS con la publicación de la Ley de Financiación y Perfeccionamiento de la Acción Protectora del Régimen General de la Seguridad Social (LFP) (7, 10, 11, 12, 13).

Periodo: 1972-1978. La LFP de 1972 elimina definitivamente los topes salariales para acceder al sistema que, además, se habían incrementado considerablemente durante los años previos. Desaparece con ello la exclusiva vinculación del sistema con los asalariados “económicamente débiles” y todos los trabajadores por cuenta ajena tuvieron acceso a la ASSS con independencia de sus niveles retributivos. Al final de este periodo se crean los regímenes especiales de seguridad social para funcionarios (MUFACE, MUGEJU e ISFAS). Los tres persisten actualmente pese a su carácter preconstitucional y proceder dos, MUFACE e ISFAS, de los últimos meses de la dictadura. Tras las primeras elecciones democráticas se crea el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social en julio de 1977 (7, 10, 11, 12, 13). La LFP intenta sin mucha eficacia corregir los problemas financieros de la SS, pues se incrementó su acción protectora sin establecer los correspondientes recursos que le dieran cobertura financiera (13). Pero no será hasta 1978 cuando se aborde una gran reforma de la misma.

Periodo: 1978-1982. Con el RD 36/1978 se produce una reforma importante de la SS mediante la que desaparece el INP y se crea el INSALUD como única entidad gestora de la ASSS (7, 10, 11, 12, 13). Se introducen sucesivos copagos del 20 por ciento, 30 por ciento y 40 por ciento los años 1978, 1979 y 1980 respectivamente, aplicados esta vez únicamente al activo y no al pensionista (14). En 1978 se crea la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, y en 1981 se inicia la descentralización de la Sanidad con la transferencia de las competencias sanitarias a Cataluña (15). Este periodo incluye los gobiernos democráticos de la UCD.

Periodo: 1982-1990. En 1982 se inicia la etapa en la que culmina la universalización de facto de nuestro SNS pues el gobierno socialista de entonces adoptó diferentes disposiciones para extender la acción protectora de la SS al máximo de colectivos posibles. A partir de 1990 se considera universalizado de facto nuestro SNS tras la publicación del RD 1088/1989 1088/1989 que dio acceso a las personas inscritas en los padrones de la Beneficencia municipal (7, 10, 11, 12). Durante este periodo son efectivas las transferencias sanitarias a Andalucía (1984), Comunidad Valenciana (1987) y País Vasco (1987)(15).

Periodo: 1990-1996. En este segundo periodo de la primera etapa socialista, ya con el sistema universalizado de facto, son efectivas las transferencias sanitarias a Navarra (1991), Galicia (1991) y Canarias (1994)(15).

Periodo: 1996-2004. Durante este periodo, bajo gobiernos del PP, reciben en 2002 con efectividad las transferencias sanitarias las 10 comunidades que todavía gestionaba hasta entonces el INSALUD (Asturias, Cantabria, La Rioja, Murcia, Aragón, Castilla-La Mancha, Extremadura, Baleares, Madrid y Castilla y León) (15). Ese mismo año, tras las transferencias, el INSALUD se convierte en una entidad de menor dimensión denominada Instituto Nacional de Gestión Sanitaria que se ocupa de las prestaciones sanitarias en Ceuta y Melilla.

Periodo: 2004-2008. Primera legislatura de la segunda etapa socialista. En 2006 se aprueba por el Consejo Interterritorial del SNS el Proyecto AP-21 (16) cuya estrategia nº 36 recomienda incrementar los recursos financieros destinados a la Atención Primaria por encima del incremento de la media de los presupuestos sanitarios públicos.

Evolución de los presupuestos y de la población protegida, 1960-2008

La tabla 1 recoge el gasto anual nominal sanitario público, el de sus sectores y el IPC anual desde 1960 hasta 2008. En La tabla 2 figura, para algunos años de interés, la población total española y la protegida. La tabla 3 recoge el crecimiento anual real del gasto sanitario público y

de sus sectores y el crecimiento de la población protegida (acumulado y anual) en los periodos de interés.

El presupuesto de Atención Primaria sólo creció más que el de Especializada durante el periodo 1960-67 (un 63 por ciento más) y en ningún otro periodo ha vuelto a ocurrir esto (tabla 3). Durante el periodo que más se incrementó la población protegida, el de 1967-72, el presupuesto de Atención Especializada creció un 14 por ciento más que el de Primaria. Las diferencias se intensifican mucho durante los tres periodos siguientes incluidos entre 1972 y 1990. Durante los 18 años que abarcan estos tres periodos (1972-78, 1978-82 y 1982-90), la población protegida pasa de los 26.96 millones de 1972 (el 78,2 de la población española) a los 39.89 millones de 1990 (el 98,9 por ciento de la población), culminando con ello la universalización de facto del sistema (tabla 2). Durante estos 18 años, más de 12,49 millones de personas se suman progresivamente a las ya cubiertas por el sistema, y para atender a esta población protegida se incrementa el presupuesto hospitalario casi con el doble de intensidad (un 83 por ciento más) que el de Atención Primaria (tabla 3). Existen obvias diferencias (políticas, económicas y de política sanitaria) entre estos tres periodos. Desde el punto de vista político, el primer periodo (1972-78) incluye los últimos años de la dictadura y los primeros años de la transición a la democracia. El segundo periodo (1978-82) incluye los gobiernos democráticos de la UCD y el tercero (1982-90) los ocho primeros años de los catorce de la primera etapa de gobiernos socialistas (1982-96). También existen diferencias en el contexto económico. Los años sesenta son los del desarrollismo y el crecimiento económico, pero a partir de 1973 se hacen notar los efectos de la crisis del petróleo y el PIB español decrece entre 1972 y 1982. Sin embargo, y en su conjunto, el periodo 1982-90 se corresponde con una fase de crecimiento del PIB (17, 18).

Durante el periodo 1972-78, el menor crecimiento del empleo y el consecuente menor incremento de la afiliación a la SS derivará en un menor incremento de la población protegida (tabla 3). A pesar de ello, el presupuesto de Atención Especializada crece anualmente por encima de como lo hizo durante los periodos previos de bonanza económica (tabla 3). También otros sectores superan entre 1972 y 1978 el crecimiento exhibido durante el periodo anterior, tal es el caso del los servicios colectivos de salud y el de otras prestaciones sociales (tabla 3). Sin embargo, el crecimiento del gasto en Atención Primaria se reduce respecto de los periodos previos. El gasto en Atención Especializada, el que más se incrementa en este periodo, crece cinco veces más que el gasto farmacéutico, casi el doble que el de Atención Primaria (25,3 por ciento vs. 13,0 por ciento) y un 73 por ciento más que el gasto sanitario (tabla 3). Es evidente que entre 1972 y 1978, a pesar de la crisis y de la ralentización del incremento de la cobertura, se hace un esfuerzo presupuestario orientado con mucha mayor intensidad hacia el sector hospitalario.

La crisis económica continúa y se intensifica durante el periodo 1978-82 (17, 18) que coincide con los años de gobiernos democráticos de la UCD. En este contexto de profundización de la crisis se produce la reforma de la SS de 1978 que, en función de lo acordado en los Pactos de la Moncloa, crea un sistema de participación institucional de los agentes sociales e intenta favorecer la transparencia y racionalización de la SS. El periodo 1978-82 es, hasta entonces, el de menor incremento anual de cobertura y de gasto sanitario público (tabla 3). Pese a ello, y como acaba de ocurrir durante el periodo 1972-78, el gasto en Atención Especializada crece anualmente más que cualquier otro sector y, especialmente, casi el doble que el de Atención Primaria (8,1 por ciento vs. 4,2 por ciento) (tabla 3). También en este periodo, y a pesar de la profundización de la crisis y la mayor ralentización del incremento de cobertura, se hace un esfuerzo presupuestario orientado con mucha mayor intensidad hacia el sector hospitalario.

Desde la perspectiva de la política sanitaria, y por lo que atañe a nuestra Atención Primaria, hay una diferencia notable entre el periodo 1982-90 y los dos precedentes: el arranque y

primeros años de desarrollo de la reforma de la Atención Primaria. Entre 1982 y 1990 era explícita la voluntad política de modernizar este sector de la Sanidad pública. Sin lugar a dudas, dicha reforma necesitaba tanta voluntad política como recursos para llevarla a cabo. La reforma inicia su andadura en este periodo en un contexto de crecimiento económico mucho más favorable que el de los diez años previos y que, a priori, debería haber facilitado la inyección de recursos para su desarrollo siquiera al mismo nivel que para el resto de sectores. La voluntad política de reforma del sector se plasmó, al menos formalmente, en el RD 137/1984 de Estructuras Básicas de Salud y dos años después se ratificó en la LGS. La voluntad política, si existe, es más probable hacerla realidad si hay estabilidad política, bonanza económica, y menor necesidad de llegar a acuerdos para gobernar. En estos tres aspectos, los ocho primeros años del mandato socialista fueron superiores a los 10 años precedentes. Tan sólo Cataluña, desde 1981, tiene transferidas las competencias sanitarias y su gobierno nacionalista gestiona su Sanidad. Excepción hecha de Cataluña, el INSALUD gestiona toda la Sanidad pública del país en los primeros años de poder socialista. Andalucía recibe las trasferencias sanitarias en 1984, la Comunidad Valenciana y el País Vasco las reciben en 1987. No obstante, el PSOE acumula al poder sanitario central (Ministerio de Sanidad e INSALUD) el sanitario autonómico de Andalucía y la Comunidad Valenciana, comunidades donde gobierna en solitario en el momento las transferencias y hasta más allá de culminada la universalización de facto del sistema en 1990.

Además, el poder sanitario autonómico vasco también está en manos del PSOE, que gobierna en coalición con el PNV durante la tercera legislatura vasca entre 1987 y 1991. Por lo tanto, entre 1982 y 1990, el PSOE pudo decidir la política sanitaria nacional y la inmensa mayor parte de la autonómica transferida, incluida la cuantía del presupuesto sanitario y la de cada uno de sus sectores, sin necesidad de acordar prácticamente nada con nadie. Así, situados en los primeros años del desarrollo de la reforma, y a pesar del favorable contexto económico, la estabilidad política, la amplitud del poder sanitario central y autonómico en manos de un sólo partido y el notable incremento de cobertura, el presupuesto de la Atención Primaria es, incomprensiblemente, el que menos crece de absolutamente todos los sectores entre 1982 y 1990 (tabla 3). El de Atención Especializada crece un 70 por ciento más que el de Primaria y el gasto sanitario un 62 por ciento más. Llamativo es el incremento presupuestario en Salud Pública, muy débil los 10 años precedentes, pero ahora prácticamente duplica anualmente su presupuesto. Los gastos en servicios colectivos de salud (administración general, investigación y formación) y en otras prestaciones sociales (transporte, prótesis, equipo médico y aparatos terapéuticos) duplican o triplican el crecimiento del periodo previo, con un incremento anual comparable al que exhibían en los mejores años del desarrollismo franquista (tabla 3).

Estos incrementos traducen, sin ninguna duda, una modernización del sistema pero contrastan con el hecho de que la Atención Primaria, aquello que explícitamente se quería modernizar, sea precisa e injustamente el sector que menos incrementa su presupuesto. Durante los 14 años de la primera etapa socialista (1982-1996), todos los sectores aumentan más su presupuesto que la Atención Primaria (tabla 3): el gasto en atención especializada un 47 por ciento más, el farmacéutico un 73 por ciento más y el gasto sanitario un 43 por ciento más. Desde el inicio de la reforma en 1984 hasta 2008, también es la Atención Primaria el sector que menos aumenta su presupuesto de absolutamente todos (tabla 3).

Respecto a la relación entre este proceso de universalización de facto y el crecimiento de los recursos destinados a cada sector sanitario, es necesario resaltar que todo incremento de población protegida durante todos estos años lo fue tanto para la Atención Especializada como para la Atención Primaria. Especialmente los más de 7,2 millones de personas que pasaron a estar cubiertas por el sistema entre 1982 y 1990 (el mayor incremento anual de cobertura desde 1972 a 2008) (tabla 3), muchas de ellas pertenecientes al colectivo más pobre de la población (más necesitado por ello de atención sanitaria) atendido previamente por la

Beneficencia, y con escasos recursos para acceder a otra Sanidad que no fuera la Atención Primaria como puerta de entrada a la Sanidad pública. Se esperaría por ello que las diferencias en el crecimiento del presupuesto entre Atención Primaria y Especializada no hubieran sido muy relevantes a lo largo del proceso o, en todo caso, se decantaran a favor de la Atención Primaria, al menos, durante los primeros años de desarrollo de la reforma. Pero ocurrió exactamente todo lo contrario.

Existe, pues, una deuda histórica de financiación con la Atención Primaria española que se produce por una notable infrapresupuestación relativa, en el contexto de sucesivas ampliaciones de cobertura de población a cargo de la Sanidad pública, que comienza en 1972 y se prolonga durante 18 años hasta 1990. Especialmente incompresible e injustificada, por los motivos comentados, fue la ocurrida entre 1982 y 1990. Esta deuda todavía no se ha saldado pues entre 1990 y 2008, y aunque las diferencias se reducen mucho respecto de lo ocurrido entre 1972 y 1990, el presupuesto hospitalario sigue creciendo más que el de Atención Primaria. Sin embargo, entre 2004-2008 se abre una puerta a la esperanza al crecer el presupuesto de Atención Primaria más que el del gasto sanitario público en consonancia con lo propugnado en el Proyecto AP21 (tabla 3)

Notas

1. Del Ministerio de Sanidad proceden los datos de gasto nominal sanitario público desde 1960 hasta 2008. La población protegida por el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) o por la ASSS desde 1944 hasta 1990 procede de información publicada en los Anuarios Estadísticos de España del INE. También proceden del INE los datos de la población española y el del IPC, deflactor utilizado para el cálculo del crecimiento real de los gastos.
2. El crecimiento nominal anual del gasto sanitario público y el de sus sectores se deflacta mediante el IPC para obtener el crecimiento real anual.
3. Se considera la totalidad del gasto sanitario público (GSP) que incluye, además del ocasionado por la asistencia sanitaria transferida a las CC.AA. (actualmente más del 90 por ciento del total), el gasto sanitario público de la administración central del Estado, el de las mutualidades de funcionarios, el de las mutualidades de accidentes de trabajo, el de las corporaciones locales y el de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.
4. El total del GSP se distribuye en 7 sectores funcionales que son: la atención hospitalaria-especializada, la Atención Primaria, la farmacia de receta, la salud pública, los servicios colectivos de salud, el gasto en otras prestaciones sociales y el gasto de capital.
5. Se considera población protegida desde 1960 a 1990 el número de personas con derecho a la asistencia sanitaria del Seguro Obligatorio de Enfermedad (desde 1960 a 1968) o de la Seguridad Social (desde 1968 a 1990). Más allá de 1990, dada la universalización de facto del sistema, se considera población protegida a efectos prácticos el total de la población española.