

FINANCIACIÓN Y REFORMA DE LA ASISTENCIA PRIMARIA EN ESPAÑA

Josep Albet Tetas / Jaume Puig Junoy

Economistas

Resumen

Este trabajo efectúa una breve descripción de la situación actual de la asistencia primaria de la Seguridad Social española, así como de los principales rasgos de las medidas de reforma de este nivel asistencial. Se analizan las posibilidades de financiación de la reforma, especialmente en lo que se refiere al ahorro esperado en el gasto hospitalario y farmacéutico. Se observa como el gasto hospitalario ofrece pocas posibilidades de contracción ante la reforma. La problemática actual del consumo de fármacos tampoco se resuelve únicamente con las medidas de la reforma.

Palabras clave. España. Asistencia Primaria. Financiación. Reforma.

FINANCING AND REFORM OF PRIMARY CARE IN SPAIN

Summary

The work consists of a brief description of the current situation of primary care in the Spanish Social Security system, and of the principal features of the reform measures of this care level. The possibilities for financing the reform are analysed, particularly those related to the expected saving in hospital and pharmaceutical costs. It is seen that hospital costs show few possibilities of reduction in this reform. The current problem of the consumption of pharmaceuticals will not be resolved solely with the reform measures either.

Key words. Spain. Primary care. Financing. Reform.

Asistencia primaria y sistema sanitario

Situación actual de la asistencia primaria

Existe bastante unanimidad a la hora de considerar que la asistencia primaria de la Seguridad Social española ofrece un nivel de calidad bastante inferior a la de la asistencia hospitalaria¹. Ello resulta especialmente grave en la medida en la cual el eslabón de la asistencia primaria corresponde a la base de cualquier sistema sanitario y su funcionamiento, por lo tanto, repercute en el de los niveles asistenciales superiores.

Las deficiencias más importantes que suelen atribuirse a la asistencia primaria son, básicamente, a) un tiempo medio de consulta muy bajo que resulta insuficiente para realizar un diagnóstico adecuado y disponer de un tratamiento eficiente, b) utilización indiscriminada, como pauta de comportamiento de los médicos ante la masificación de las consultas, del des-

vío sistemático de enfermos hacia el especialista o el hospital, y sobretodo, hacia la farmacia² (Se recetan más fármacos a los usuarios no visitados que a las personas visitadas en la asistencia primaria de la Seguridad Social en Barcelona) y c) carácter puramente curativo, falta de coordinación, etc.

Esta situación se atribuye, según las preferencias ideológicas o el papel social desempeñado, a la escasa dedicación horaria de los médicos de la Seguridad Social y a su interés por desviar enfermos hacia la consulta privada, o bien se argumenta que la situación es producto, por un lado, de los bajos niveles de remuneración de los médicos de la Seguridad Social y, por otro, de la excesiva utilización de la asistencia primaria por parte de los usuarios, que contribuyen así a la masificación de las consultas ambulatorias.

Repercusiones sobre el sistema sanitario

Las deficiencias de la asistencia primaria española afectan al resto del

sistema sanitario. Señalemos aquí, muy brevemente, tres tipos de efectos causados por el mal funcionamiento de este nivel asistencial que afectan al sector hospitalario, al sector farmacéutico y al sector sanitario privado.

Los hospitales se ven obligados a suplir buena parte de los déficits de la asistencia primaria. Así se multiplica (y muchas veces, se duplica) el número de consultas ambulatorias y exploraciones en los hospitales. Al mismo tiempo se está produciendo una elevada utilización de las consultas de urgencia de los hospitales. Este último mecanismo constituye, en la medida en que se produce al margen de los controles burocráticos previos, una forma mucho más cómoda, rápida y con un nivel de calidad superior para el enfermo de acceder a los servicios asistenciales de la seguridad Social, y un instrumento de financiación (de creciente importancia) y de captación de ingresos hospitalarios, especialmente por parte de los hospitales concertados por la Seguridad Social.

Correspondencia: Jaume Puig Junoy. Trav. de les Corts, 131-159. 08028 BARCELONA.

La situación actual fomenta la masiva utilización de fármacos de forma indiscriminada, lo cual redundaría en beneficio de la industria farmacéutica. Esta industria argumentaría que el elevado consumo de fármacos corresponde al coste de oportunidad (más bajo) del escaso desarrollo asistencial; aunque volveremos sobre ello más adelante, señalemos que el término de comparación no debe ser únicamente el coste económico, ya que el resultado en términos de nivel de salud no es el mismo.

Asimismo, los usuarios adaptan su conducta ante la escasa calidad asistencial y el excesivo coste de oportunidad (sobre todo, coste de espera y otros, que generan un coste de congestión), produciéndose una desviación de pacientes de la Seguridad Social hacia la asistencia primaria privada.

Reforma y demanda asistencial

Los inconvenientes actuales de la asistencia primaria, desde el punto de vista del ciudadano que la demanda, se sintetizan en una falta de dedicación del equipo sanitario hacia él y en una excesiva burocratización que deshumaniza la asistencia.

La reforma de la asistencia primaria intenta modificar estas situaciones y para ello dispone una mayor dedicación del personal asistencial. Se establece una jornada de trabajo de presencia física superior a la actual y una forma de trabajo en equipo que debería permitir la mejor distribución de las tareas asistenciales de forma que el conocimiento y la dedicación al paciente sean mayores. En España los primeros pasos para la reforma de la asistencia primaria se dan con el Real Decreto 137/84 sobre Estructuras básicas de salud de 11 de enero de 1984 del Ministerio de Sanidad y Consumo. Posteriormente con la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, se «sacraliza» la reforma. Por otro lado se están instaurando nuevos elementos que mejoran el seguimiento del paciente que son las

historias clínicas y las visitas programadas; así como un conjunto de programas de prevención de cuyo seguimiento ha de resultar un mayor conocimiento de la situación de la salud de la población de la zona básica de salud.

El objetivo de la reforma, la mejora asistencial, genera a corto plazo problemas que obstaculizan su consecución y que vendrán provocados principalmente por un incremento en la demanda de asistencia primaria tanto desde un punto de vista cuantitativo como cualitativo.

Actualmente, hay un importante colectivo social que no utiliza (o lo hace parcialmente) los servicios asistenciales públicos (aunque los esté financiando). Parece plausible que ante las mejoras que se sugieren, una parte del mismo demande asistencia a cargo de la Seguridad Social, lo cual puede provocar de nuevo saturaciones, falta de dedicación, etc. Es decir, se puede repetir bajo un nuevo modelo, esquemas de comportamiento ya conocidos.

Ante la reforma se puede producir un incremento cuantitativo de la demanda de asistencia primaria producida por la incorporación de un colectivo que hasta la fecha utilizaba los servicios privados para satisfacer sus necesidades.

Tampoco debemos olvidar la posibilidad de que el actual colectivo «consumidor» de asistencia primaria genere, ante mejoras substanciales, una mayor presión que lleva a una utilización más intensiva de este tipo de asistencia. Es decir, que ante programas de prevención, de actuaciones de seguimiento de los pacientes, y en definitiva de una mejor atención, se produzca una mayor utilización de la asistencia primaria. Por tanto el volumen de recursos necesarios para llevar a cabo la reforma no puede calcularse únicamente sobre la base de los actuales niveles de frecuentación ya que éstos se encuentran determinados, en parte, por el mismo volumen y características de la oferta de recursos. Ello implicará un mayor coste a largo plazo.

Financiación de la reforma de la asistencia primaria

La reforma de la asistencia primaria supone un aumento del 15% en el gasto corriente³. El crecimiento del gasto debe producirse no tan sólo por el aumento de las remuneraciones del personal, sino también por el imprescindible aumento de las pruebas de diagnóstico (y la correspondiente inversión). La financiación de este aumento del gasto puede provenir de los posibles ahorros que las medidas de la reforma generan en el sistema sanitario y/o de un aumento de los recursos públicos dedicados a la sanidad. Dadas las importantes reticencias políticas al crecimiento del gasto sanitario público (aplicación generalizada de políticas de contención de costes en los países occidentales), resulta interesante poder observar las dos posibles vías de ahorro de gasto sanitario que se sugiere que la reforma podría permitir:

- a) La mejora de calidad de la asistencia primaria debería disminuir el elevado recurso de la población a los servicios hospitalarios, razón por la cual sería de esperar una contracción del gasto hospitalario.
- b) De la misma forma, debería disminuir la utilización de la descripción sistemática ante la actual masificación de las consultas, de forma que disminuyera el gasto farmacéutico.

A continuación vamos a analizar en que medida estos dos factores pueden proporcionar el ahorro necesario, aunque sea parcialmente, para llevar a cabo la reforma de la asistencia primaria.

Financiación y gasto hospitalario

En la medida en la cual pueda mejorar el nivel de la asistencia primaria, se tiende a suponer que ésta actuaría como filtro más efectivo entre este tipo de asistencia y la asistencia hospitalaria. Así pues, debería disminuir el volumen de recursos dedicados a los hospitales. Existen en la

realidad sanitaria de nuestro país graves inconvenientes para ello. Vamos a describir los más importantes.

El nivel de frecuentación hospitalaria de nuestro país todavía se halla bastante por debajo de la media de los países occidentales. Para 1982 se ha estimado una tasa de frecuentación hospitalaria de 89 personas por cada mil habitantes (en Catalunya es algo superior, 98,9 ingresos hospitalarios por cada mil habitantes en 1984) mientras que para muchos países europeos es superior a 100. Así pues, se puede esperar que el nivel de frecuentación hospitalaria aún siga aumentando en España durante unos cuantos años.

Durante los últimos años, a causa de la crisis económica y el elevado coste de los servicios de hospitalización, se está produciendo un aumento de la proporción relativa de ingresos hospitalarios financiados por el sector público. En Catalunya, la Seguridad Social financió el 75,6% de las estancias hospitalarias en 1983 (excluyendo los hospitales psiquiátricos), mientras que en 1980 sólo financiaba el 69,6% de las mismas. dada la actual situación económica, resulta lógico esperar que ésta proporción siga aumentando.

La existencia de demanda inducida en la asistencia hospitalaria impide que disminuya la tasa de frecuentación. La demanda inducida «es aquella parte de la demanda iniciada por el proveedor que está por encima de lo que el paciente hubiera estado dispuesto a pagar en el supuesto de que éste tuviera plena información»⁴. En definitiva, se trata del hecho de que el nivel de frecuentación viene determinado por la conducta del médico, el cual actúa no sólo como agente del usuario sino también como elemento inductor de la demanda en la medida en la cual exista una determinada oferta hospitalaria disponible.

En este sentido, se ha verificado la existencia de una elevada relación positiva entre la oferta hospitalaria y la demanda de hospitalización, es decir, es más importante el volumen de la oferta de camas que el volumen de población para determinar el número

de enfermos ingresados⁵. Así pues, parece que si no se suprimen físicamente camas hospitalarias, éstas van a seguir estando ocupadas.

La reducción de camas hospitalarias del sector público, y en especial de la Seguridad Social, encuentra graves dificultades ya que no es fácilmente justificable puesto que los recursos públicos son insuficientes para atender a la demanda en todas las Comunidades del Estado español a causa de su desigual distribución territorial, y la reducción de camas sólo reduce el gasto si supone una disminución del personal ocupado, siendo así que en los hospitales de la Seguridad Social, a corto plazo, éste no se pueda disminuir a causa de su carácter estatutario.

Aunque no se reduzca el gasto de los hospitales públicos, ¿podría reducirse la utilización de los hospitales privados concertados? Aquí nos enfrentamos de nuevo con el tema de la demanda inducida. Se ha verificado que la utilización de los hospitales concertados no se encuentra determinada por la escasez de los recursos públicos sino que depende principalmente del volumen de la oferta privada⁵. Así pues la reducción del gasto hospitalario sólo sería posible mediante un severo control y limitación de la oferta (sobretudo privada), lo cual suscitaría importantes reticencias sociales y políticas.

Los centros hospitalarios realizan, en la actualidad, una importante proporción de su actividad que corresponde a asistencia ambulatoria (urgencias, visitas, exploraciones diagnósticas, etc.). La realización de la reforma puede suponer en este aspecto una cierta reducción de este tipo de gasto de los hospitales.

En resumen, parece que el gasto hospitalario público se puede reducir en una proporción poco importante ante la reforma de la asistencia primaria ya que es de esperar un aumento del nivel de frecuentación a cargo del sector público y en el campo hospitalario, la oferta tiene una influencia muy importante sobre la demanda.

Reforma y consumo de fármacos

La relación de causalidad entre el funcionamiento de la estructura asistencial y el elevado consumo de fármacos se fundamenta en la hipótesis según la cual un aumento de la dedicación horaria de los médicos de la Seguridad Social a sus consultas racionalizaría los excesos en la prescripción^{6,7}. Así pues, la reforma de la asistencia primaria debería suponer una reducción y racionalización del consumo y del coste farmacéutico.

¿Qué tipos de incentivos provee la reforma para que se produzca esta reducción? La reforma de la asistencia primaria, ¿es un instrumento suficiente para racionalizar el consumo farmacéutico? La consulta privada, con mayor tiempo medio por consulta, ¿prescribe menos y más adecuados fármacos? La respuesta a preguntas como estas, indispensables para evaluar los efectos de la reforma e incluso sus posibilidades de financiación, exige que con carácter previo analicemos las características del consumo farmacéutico en el sistema sanitario español y los factores que influyen sobre el mismo.

Los fármacos en el sistema sanitario español

El sistema sanitario español se caracteriza por una elevada propensión a la prescripción de productos farmacéuticos. No obstante, más que el nivel relativo de consumo y gasto, nuestro país se caracteriza fundamentalmente por el consumo de un elevado porcentaje de productos farmacéuticos con un valor terapéutico muy bajo o nulo, es decir, de muy dudosa eficacia. Algunos autores observan en España un mayor gasto en medicamentos si se compara con la renta per cápita, pero concluyen que estandarizando según la dosis diaria definida parece que se reducen las diferencias en cuanto a unidades consumidas⁸.

Tan sólo el 41,6% de las unidades de productos farmacéuticos vendidos

en 1980 tienen un valor terapéutico potencial alto, mientras que el valor terapéutico del 26,2% de las unidades vendidas es inaceptable y el 20% es de valor dudoso o nulo⁶.

Un reciente estudio realizado también desde el punto de vista de la eficacia y los efectos de los principios activos, obtiene resultados coincidentes con el anterior. Así, «el porcentaje de productos que carecen de valor terapéutico e incluso potencialmente tóxicos sin utilidad clínica vienen a suponer un 35% del total de las prescripciones» (p.9). Este mismo estudio observa como poco más del 10% de las prescripciones se refieren a productos clasificados como indispensables por la OMS⁹.

El análisis de la composición del consumo revela asimismo el elevado consumo de especialidades carentes de valor terapéutico. Así destaca el consumo de los vasodilatadores que suponen el 11,66% en 1983 y el 10,75% en 1984 del gasto farmacéutico de la Seguridad Social a precios de venta al público, cuyo valor terapéutico no ha sido demostrado¹⁰.

El elevado consumo de fármacos con un valor terapéutico muy bajo, o con claras contraindicaciones, pone de relieve la escasa relación entre el gasto farmacéutico y el ahorro en la asistencia primaria y hospitalaria.

Veamos pues cuales son los factores que determinan las características del consumo farmacéutico en nuestro país: 1. La estructura inadecuada de la asistencia primaria, con un exceso de prescripción sin realizar ningún exámen médico; 2. La presión de la oferta farmacéutica (exceso de presentaciones; registro sin pruebas clínicas rigurosas; sólo el 30% de los productos registrados se pueden considerar de alto valor terapéutico; fuerte influencia de la industria sobre la prescripción); 3. La baja calidad de la información sobre fármacos utilizados por los prescriptores (sólo el 12,7% de las especialidades descritas en el Vademecum Daimon en 1972 se podían considerar plenamente aceptables para las indicaciones señaladas; y 4. El subdesarrollo de la farmacología clínica⁶.

Reforma y consumo farmacéutico

En este apartado se intentan cuestionar los posibles efectos de la reforma de la asistencia primaria sobre el consumo y el gasto farmacéutico. Los dos aspectos centrales que se ponen de relieve son los siguientes: 1. La reforma de la asistencia primaria no asegura la disminución y racionalización del gasto farmacéutico y 2. los elementos de autofinanciación que genera la reforma son extremadamente débiles.

Los factores que nos permiten llegar a estas conclusiones son los siguientes:

- a) El envejecimiento progresivo de la población contribuye al aumento del consumo de fármacos y, sobre todo, del gasto a cargo de la Seguridad Social, ya que los pensionistas no deberan realizar ninguna aportación sobre el precio de los productos consumidos. Además, el trasvase de recetas de activos a pensionistas contribuye a aumentar el gasto público.
- b) El aumento de la calidad asistencial genera un incremento de la demanda para el sector público, desplazando una parte de la demanda de provisión privada. El aumento del número de consultas facilita el crecimiento del número de fármacos prescritos.
- c) Aún en el caso en que el médico prescriba menos fármacos por cada consulta, deberían preverse los incentivos necesarios para que el médico recete los productos más eficaces y más baratos. El médico sigue sujeto a las presiones para la prescripción de complacencia, y principalmente, se encuentra bajo la presión de la oferta como mecanismo casi único de información (carente de criterios clínicos).
- d) No resulta plausible una disminución sustancial del nivel general de consumo farmacéutico, a no ser con un fuerte aumento de precios, a causa de la elevada capacidad y el enorme esfuerzo económico de la oferta para influenciar

la prescripción y de la importancia de la industria farmacéutica como sector productivo^{11, 12}, con un importante peso de las multinacionales, lo que genera un conflicto de objetivos entre sostenimiento del empleo y reducción del gasto público (racionalización, en este caso), o lo que es lo mismo, entre producción y salud.

Del efecto de estos factores se desprende, por un lado, que resulta arriesgado pronosticar una reducción del gasto farmacéutico, y, por otro, que no se puede esperar que la reforma de la asistencia primaria, por sí sola, permite disminuir la prescripción de fármacos carentes de valor terapéutico. Este tipo de prescripción se encuentra determinada mucho más por la presión de la industria farmacéutica sobre el médico, por la calidad de la información farmacológica y por la educación sanitaria, tanto del médico puesto que las diferencias entre las escuelas de medicina comportan variaciones en cuanto a la cantidad y tipo de medicamentos prescritos, como del paciente ya que la confianza ciega en el medicamento se traduce como solución a todo tipo de problemas. Es sobre estos factores que debe incidir la política sanitaria para racionalizar el consumo y el gasto farmacéutico.

Parece bastante claro que la reforma de la asistencia primaria supone un aumento notable del gasto público. Ante este incremento, defender la utilización de la prescripción farmacéutica como alternativa más barata tampoco es correcto ya que no deben tomarse en consideración los efectos sobre el nivel de salud, y las características actuales de la prescripción permiten afirmar que no se trata de una alternativa eficaz frente a la mejora de la asistencia primaria.

Dada la indiscutible necesidad de la reforma de la asistencia primaria, resulta imprescindible insistir en la necesidad de ampliar el presupuesto sanitario y de aplicar otras medidas de limitación de costes como única vía de llevar a cabo la reforma. Esto es especialmente conflictivo en un período de crisis económica y estan-

camiento de nivel de producción. A pesar de todo, conviene subrayar que la necesidad de contención del gasto sanitario resulta obvia en la medida en que se racionalice el uso de los recursos sin menoscabo del nivel de salud. En otro caso, la política de contención supone un proceso de elección política que desplaza fondos del objetivo salud a otros objetivos (defensa, empleo, etc.).

Resumen

1. La masificación y escasa calidad asistencial de la atención primaria de salud en España hace imprescindible la reforma de este nivel asistencial. Ello es especialmente importante en la medida en que la situación actual afecta al resto del sistema sanitario: excesiva utilización de los hospitales y de los productos farmacéuticos junto con un desvío a la asistencia privada.
2. ¿Cómo puede reaccionar la demanda de asistencia sanitaria pública ante un aumento de la calidad? Cabe esperar un posible desplazamiento de la demanda privada hacia el sector público ya que la mejora en la prestación del servicio inducirá a una mayor utilización. De ser así, el sistema se congestionará nuevamente, pero con una proporción más elevada de asistencia primaria cubierta por el sector público.

3. La reforma implica un importante aumento del gasto. La financiación de este aumento del gasto puede provenir de los posibles ahorros que las medidas de la reforma generen en el sistema sanitario (sector hospitalario y farmacéutico), y/o de un aumento de los recursos públicos dedicados a la sanidad.
4. El gasto hospitalario público ofrece pocas posibilidades de contratación ante las medidas de la reforma. Ello se debe a que es de esperar un aumento del nivel de frecuentación hospitalaria a cargo del sector público y que, en el sector hospitalario, la oferta tiene una influencia muy importante sobre la demanda.
5. La reforma de la asistencia primaria tampoco asegura la disminución y racionalización del gasto farmacéutico público, debido sobretudo a factores relacionados con la oferta. Así pues, los elementos de autofinanciación que genera la reforma son extremadamente débiles.
6. A pesar de la política de contención del gasto sanitario público, la puesta en funcionamiento de la reforma de la asistencia primaria, cuya necesidad parece indiscutible, exige de forma imprescindible la ampliación del presupuesto sanitario público y la aplicación de otras medidas de limitación de costes.

Bibliografía

1. Pérez Díaz V. Médicos, administradores y enfermos: la calidad de la asistencia sanitaria. *Papeles de Economía Española* 1982; 12/13.
2. Drobnic L, Caneal J, Beni C, Ezpeleta A, Castells E. Estudi de l'ús de les consultes i de les prescripcions farmacològiques a l'assistència primària a Barcelona. *Gaseta Sanitària* 1983; 8: 58-61.
3. Cabasés JM. Notas sobre economía y reforma de la atención primaria. *Gaseta Sanitària* 1985; 23: 184-187.
4. Ortún V. La demanda inducida por el hospital. *Gaseta Sanitària* 1986; 26: 64-67.
5. Puig J. Efectos de la combinación de la utilización de recursos propios y concertados sobre el gasto hospitalario del Insalud. *VI Jornadas de Economía de la Salud*. Valencia: Comité Organizador VI Jornadas de Economía de la Salud, 1986.
6. Laporte JR, Porta M, Capella D, Arnau JM. Drugs in the Spanish Health System. *Int J Health Serv* 1984; 4; 14.
7. Ruiz Alvarez JL. El sector sanitario español: un análisis estructural. *VI Jornadas de Economía de la Salud*. Valencia: Comité Organizador VI Jornadas de Economía de la Salud, 1986.
8. Ortún V, Segura A. España: democracia, crisis económica y política sanitaria. *Rev San Hig Púb* 1983; 57.
9. Alferez NP, Puche G, Revilla L. Estudio de las prescripciones farmacéuticas en el Centro de Salud de la Cartuja. *Atención Primaria* 1985; 1.
10. Index Farmacològic 1984. Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. Barcelona 1984.
11. Rincón A. La industria farmacéutica española. *Economía Industrial* 1983; Septiembre/Octubre.
12. Lobo F. La industria farmacéutica española. *Economía Industrial* 1983; Septiembre/Octubre.
13. Grebmer KV, Pampuro M. Facteurs influençant la consommation pharmaceutique. *J Econ Méd* 1985; 1, vol 3.
14. Laporte JR, Porta M, Capella D. La cultura del medicament i l'epidemiologia dels fàrmacs. *Gaseta Sanitària* 1982; 4: 27-31.

