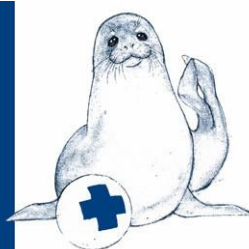


La Atención Primaria en las Comunidades Autónomas

INFORME 2021



Federación de Asociaciones
para la Defensa
de la Sanidad Pública



INTRODUCCION

El presente Informe es una actualización de los realizados en abril de 2019 [Informe: Repercusiones de la Crisis sobre la Atención Primaria. Evolución en las CCAA](#) y [La Atención Primaria en las Comunidades Autónomas](#) en junio de 2020, disponibles en la web www.fadsp.org, en el que se han incorporado los cambios en los datos que son públicos y homogéneos para todas las CCAA.

Hay que resaltar que sigue habiendo una ausencia de datos actualizados por lo que hay que referirse a los disponibles correspondientes a 2017, 2018, y 2019 y que por ejemplo el Barómetro Sanitario de 2019 todavía no ha sido publicado, lo que supone una limitación. En todo caso creemos que permite tener un amplio panorama de la situación de la Atención Primaria antes de la pandemia y explica en parte sus problemas durante la misma y las dificultades para abordarla.

I. EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO DE AP

La falta de consideración por parte de las administraciones públicas hacia la AP se puede observar mediante la visualización de los presupuestos sanitarios. En las siguientes tablas y en la figura 1 se recoge el porcentaje de gasto sanitario público destinado a AP (recogido con los datos del Ministerio de Sanidad). Se puede observar que tras la crisis dicho gasto no ha ido más que en detrimento, incluso contando con los años más intensos de la crisis. Estando ya teóricamente en proceso de salida, tal y como se recoge en las siguientes tablas, el promedio destinado a AP respecto al año 2010 todavía no se había recuperado (en 2018 era un – 0,98% inferior a 2010) si bien en los últimos años, a partir de 2016 se observa una cierta recuperación (aumento del 0,23% en el conjunto del país).

Figura 1: Porcentaje de gasto sanitario público dedicado a la AP en 2018

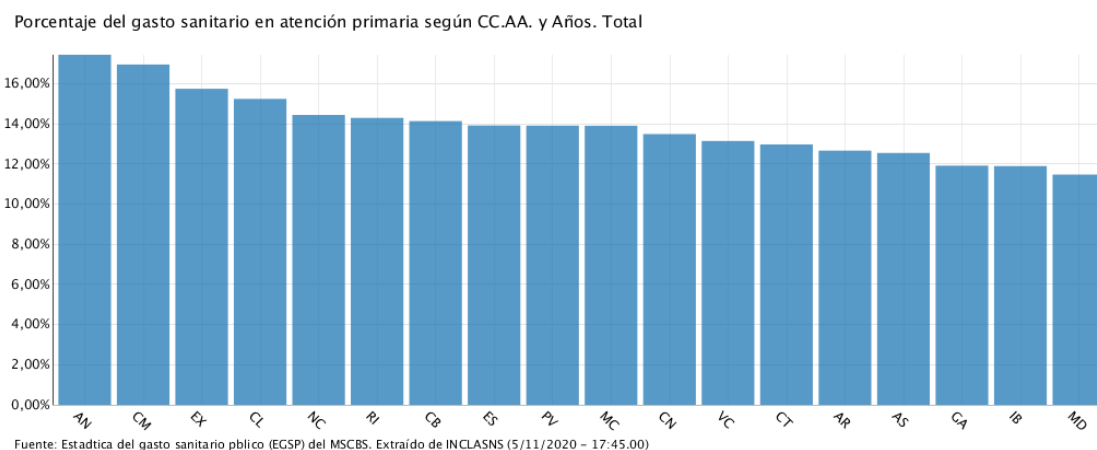


Tabla 1. Porcentaje del gasto sanitario público dedicado a la AP

CC.AA.	2018
Andalucía (AN)	17,45%
Castilla - La Mancha (CM)	16,96%
Extremadura (EX)	15,75%
Castilla y León (CL)	15,25%
Navarra, C. Foral de (NC)	14,45%
La Rioja (RI)	14,30%

CC.AA.	2018
Cantabria (CB)	14,14%
España (ES)	13,92%
País Vasco (PV)	13,91%
Murcia, Región de (MC)	13,91%
Canarias (CN)	13,49%
Comunitat Valenciana (VC)	13,15%
Cataluña (CT)	12,98%
Aragón (AR)	12,67%
Asturias, Principado de (AS)	12,55%
Galicia (GA)	11,92%
Balears, Illes (IB)	11,90%
Madrid, Comunidad de (MD)	11,48%

Tabla 2. Evolución del % de GSP dedicado a la AP

	Diferencia (2010-2018)	Diferencia (2016-2018)
Andalucía	+ 0,23	+3,19
Aragón	-3,3	+1,01
Asturias	-0,49	-0,23
Baleares	-6,51	-0,28
Canarias	-0,09	-0,66
Cantabria	+1,27	-3,56
Castilla y León	-2,17	-0,68
Castilla La Mancha	+ 0,58	+0,49
Cataluña	-1,8	-0,4
Comunidad Valenciana	+ 0,06	+0,01
Extremadura	-0,98	-0,38
Galicia	-0,93	-0,65
Madrid	-1,32	-0,16
Murcia	+1,17	+0,2
Navarra	-0,86	-0,47
País Vasco	-1,68	-0,57
La Rioja	+1,19	+0,15
Total	-0,98	+0,23

Se constata una gran diferencia entre CCAA. En 2018 el porcentaje dedicado a la AP oscila entre el 17,45% de Andalucía y el 11,48% de Madrid. Asimismo la diferencia entre 2010 y 2018 se sitúa entre + 1,27% en el caso de Cantabria y - 6,51% en Baleares. En 2018, seis CCAA (Cantabria, La Rioja, Murcia, Castilla la Mancha, Andalucía y Valencia) superan el porcentaje de 2010 y el resto continúan por debajo.

La tabla 3 recoge el gasto sanitario por habitante y año en AP en 2018. En ella se observa de nuevo la gran variabilidad, pues va desde 261,75 € en Extremadura a 147,97 en el caso de Madrid (media 206,73), siete CCAA están por debajo de la media, algunas de manera muy llamativa como Madrid y Baleares, y otras 2 (Aragón y Canarias) por debajo pero muy cerca de la misma.

Tabla 3. Gasto sanitario en Atención Primaria € por habitante en cada CC.AA. en 2018

CC.AA.	€/habitante
Andalucía	220,74
Aragón	205,25
Asturias	211,34
Baleares	178,38
Canarias	206,49
Cantabria	224,54
Castilla y León	248,42
Castilla La Mancha	256,26
Cataluña	193,66
Comunidad Valenciana	196,46
Extremadura	261,75
Galicia	182,37
Madrid	147,97
Murcia	224,22
Navarra	243,91
País Vasco	241,33
La Rioja	214,21
España	206,73

Evidentemente estas grandes diferencias de financiación (ratio máximo/mínimo de 1,76, diferencia de 113,78 € /habitante) hacen muy difícil el que se puedan dar las mismas prestaciones asistenciales y como luego veremos se trasladan fundamentalmente a una diferencia en los recursos humanos, aunque debe de tenerse en cuenta que la gran dispersión y la baja densidad de población de algunas CCAA impone unos mayores costes de la asistencia sanitaria.

II RECURSOS Y ACTIVIDAD

La AP ha tenido crónicamente una dotación de personal escasa lo que hace que las labores asistenciales acaben siendo predominantes, cuando no únicas, en el funcionamiento de los centros de salud.

La tabla 4 recoge la ratio de Tarjetas sanitarias individuales (TSI

Tabla 4. Evolución ratio Medicina de Familia 2010-2019:

Comunidades Autónomas	Ratio 2010	Ratio 2019
Andalucía	1434	1392
Aragón	1160	1190
Asturias	1446	1372
Baleares	1669	1762
Canarias	1467	1491
Cantabria	1353	1327
Castilla y León	931	907
Castilla La Mancha	1259	1251
Cataluña	1432	1320
Comunidad Valenciana	1509	1408
Extremadura	1184	1122
Galicia	1312	1264
Madrid	1527	1558
Murcia	1484	1440
Navarra	1408	1340
País Vasco	1766	1324
La Rioja	1188	1260
Total	1398	1342

En ella se observa que ha disminuido un poco (- 56 TSI) el promedio por profesional de medicina de familia, pero se presentan diferencias muy amplias entre CCAA porque en 5 de ellas aumenta la ratio (Aragón, Baleares, Canarias, Madrid y La Rioja). En 2019 la ratio oscila entre 1762 en Baleares y 907 en Castilla y León, evidentemente en este caso influida por la gran dispersión y la baja densidad de la población.

La tabla siguiente recoge el porcentaje de TSI asignadas a profesionales de medicina de familia que superan a 1.500 TSI que se supone es el tope máximo deseable, divididos en 2 tramos, entre 1.500 y 2.000 y superior a 2.000.

Es importante destacar que el porcentaje con más de 1.500 TSI es bastante elevado de manera generalizada (38,83%) y muy llamativo en algunas CCAA como Baleares 88,28%) y Madrid (56,75%). Por otro lado la Comunidad de Madrid acoge al 52,9% de quienes tenían más de 2.000 TSI asignadas

Tabla 5. Profesionales de medicina de familia con más de 1.500 TSI

CC.AA.	1500-2000	>2000
Andalucía	39,55	1,54
Aragón	31,75	0,71
Asturias	45,27	0
Baleares	74,77	13,51
Canarias	53,01	1,17
Cantabria	26,43	0,27
Castilla y León	9,45	0,04
Castilla La Mancha	38,70	2,58
Comunidad Valenciana	40,57	0
Extremadura	25,73	0
Galicia	14,85	0,05
Madrid	50,05	6,70
Murcia	42,52	0,34
Navarra	34,23	0
País Vasco	26,68	0,13
La Rioja	30,69	0
TOTAL	36,46	1,87

En pediatría la evolución ha sido de una mayor disminución de la ratio (- 57 TSI), ver tabla 6, probablemente influida por la disminución de la natalidad en estos últimos años. A pesar de ello la ratio aumenta en 4 CCAA. En 2019 oscila entre 1.149 de Cataluña y 786 de Valencia

La tabla 7 recoge la distribución los profesionales que tienen asignadas más de 1.250 TSI y más de 1.500. En este caso Madrid y Baleares tienen los mayores porcentajes (28 y 23,26% respectivamente. Madrid es la autonomía que tiene el 56,89% del total de pediatras con más de 1.500 TSI

Tabla 6. Evolución ratio Pediatría 2010-2019:

Comunidades Autónomas	Ratio 2010	Ratio 2019
Andalucía	1087	984
Aragón	1004	976
Asturias	802	795
Baleares	1076	1112
Canarias	943	825
Cantabria	1019	932
Castilla y León	910	858
Castilla La Mancha	1033	1034
Cataluña	1164	1149
Comunidad Valenciana	976	786
Extremadura	971	890
Galicia	965	918
Madrid	1093	1125
Murcia	990	925
Navarra	964	932
País Vasco	908	904
La Rioja	892	945
Total	1037	980

Tabla 7. Profesionales de pediatría con más de 1.250 TSI (%)

CC.AA.	1250-1500	>1500
Andalucía	7,94	1,87
Aragón	8,69	1,08
Asturias	0,81	0
Baleares	16,19	7,04
Canarias	2,18	0
Cantabria	0	0
Castilla y León	1,56	0,39
Castilla La Mancha	14,58	4,58
Comunidad Valenciana	0,70	0,11
Extremadura	9,44	0
Galicia	3,49	0,31
Madrid	20,06	7,04

Murcia	2,01	0,40
Navarra	1,86	0
País Vasco	0,89	0,29
La Rioja	4,65	0
TOTAL	7,66	2,10

La evolución de la ratio TSI/profesional de enfermería esta recogida en la Tabla 8 en la que también se observa una disminución global de la misma (- 7,53%), aunque no en todas las CCAA, ya que aumenta en Baleares, Cantabria, Castilla y León y Madrid, oscilando en 2019 entre 1.113 de Canarias y 2.016 de Madrid, no existiendo información por tramos de TSI.

En todo caso resulta llamativo que en el conjunto del país y en la mayoría de las CCAA las ratios de enfermería sean superiores a las evidenciadas en el caso de los profesionales de la medicina, lo que es una anomalía española, porque en la mayoría de los países del mundo el número de profesionales de enfermería en AP es netamente superior al de profesionales de la medicina

Tabla 8 Evolución ratio (TSI profesional) en Enfermería 2010-2019:

Comunidades Autónomas	Ratio 2010	Ratio 2019
Andalucía	1760	1655
Aragón	1399	1301
Asturias	1440	1398
Baleares	1885	1992
Canarias	1678	1113
Cantabria	1504	1561
Castilla y León	1158	1226
Castilla La Mancha	1377	1325
Cataluña	1498	1327
Comunidad Valenciana	1712	1598
Extremadura	1200	1135
Galicia	1532	1434
Madrid	1935	2016
Murcia	1843	1741
Navarra	1396	1262
País Vasco	1802	1446
La Rioja	1368	1075
Total	1606	1485

La evolución de las ratios de personal administrativo por TSI esta recogido en la Tabla 9, y en ella se observa que se ha producido una disminución global (-8,73%), pero de nuevo no en todas las CCAA, habiendo aumentado en Andalucía, Asturias, Cantabria, Castilla y León y La Rioja, oscilando en 2019

entre 5.026 de La Rioja y 1.720 de Canarias. La escasez de personal administrativo es una de las causas de la sobrecarga burocrática del personal asistencial.

Tabla 9. Evolución ratio Auxiliar Administrativo 2010-2019:

Comunidades Autónomas	Ratio 2010	Ratio 2019
Andalucía	2671	3137
Aragón	3751	3537
Asturias	2835	3698
Baleares	3682	3527
Canarias	3493	1720
Cantabria	3267	3384
Castilla y León	3610	3637
Castilla La Mancha	3322	3148
Cataluña	2482	1965
Comunidad Valenciana	3079	2771
Extremadura	3661	3429
Galicia	2799	2699
Madrid	3494	3414
Murcia	3577	3432
Navarra	2390	2275
País Vasco	4024	2974
La Rioja	4276	5026
Total	3045	2779

III ACTIVIDAD

El número total de consultas experimentó una disminución global, pasando de 384.545.546 en 2010 a 366.762.384 en 2019 (-4,62%), disminución que se produce en el caso de las consultas de medicina (- 8,11%) , pero no de enfermería que experimentan un incremento del 2,23%, situación que se produce en todas las CCAA, en todo caso siguen predominando las consultas de medicina sobre las de enfermería con una relación de 1,76 medicina/enfermería, que se explica en parte por la mayor densidad de profesionales de medicina, pero también por la realización de técnicas por parte de la enfermería.

Tabla 10. Numero de consultas por CCAA en 2019

		2019
		Consultas
Medicina	ANDALUCÍA	47.054.261
	ARAGÓN	7.699.099
	ASTURIAS (PRINCIPADO DE)	5.164.805
	BALEARES (ISLAS)	4.499.723
	CANARIAS	10.414.160
	CANTABRIA	2.532.908
	CASTILLA Y LEÓN	15.575.054
	CASTILLA-LA MANCHA	11.706.151
	CATALUÑA	29.417.480
	COMUNIDAD VALENCIANA	22.154.662
	EXTREMADURA	6.998.168
	GALICIA	15.668.119
	MADRID (COMUNIDAD DE)	30.167.969
	MURCIA (REGIÓN DE)	7.835.718
	NAVARRA	3.197.531
	PAÍS VASCO	11.529.230
	LA RIOJA	1.818.676
	CEUTA y MELILLA (INGESA)	655.113
	Total	234.088.827
Enfermería	ANDALUCÍA	26.669.436
	ARAGÓN	3.409.538
	ASTURIAS (PRINCIPADO DE)	3.292.740
	BALEARES (ISLAS)	2.713.793
	CANARIAS	4.635.061
	CANTABRIA	1.259.952
	CASTILLA Y LEÓN	9.505.806
	CASTILLA-LA MANCHA	7.290.886
	CATALUÑA	15.919.156
	COMUNIDAD VALENCIANA	13.177.144
	EXTREMADURA	3.984.674
	GALICIA	9.063.151
	MADRID (COMUNIDAD DE)	15.270.950
	MURCIA (REGIÓN DE)	4.160.439
NAVARRA	2.002.325	
PAÍS VASCO	8.662.561	
LA RIOJA	1.251.010	

	CEUTA y MELILLA (INGESA)	404.935
	Total	132.673.557
Total		366.762.384

La tabla siguiente (tabla 11) recoge la frecuentación total (numero de consultas en relación a la población asignada) y por tramos de edad de las consultas de medicina y las de enfermería, ambas en 2019.

Como era de esperar la frecuentación en medicina es muy superior a la de enfermería (5,06 versus 2,87, ratio 1,76) y se produce fundamentalmente en el tramo de edad superior a 65 años. Según las CCAA la frecuentación oscila entre 6,8 de Extremadura y 3,84 en Cataluña en el caso de las consultas de medicina y 4,1 de Castilla y León y 2,08 de Cataluña en el caso de las de enfermería. Parece claro que las diferencias en el caso de mayor frecuentación están influidas por el peso de la población de más edad en las respectivas CCAA y en el caso de la menor por las demoras en las citas de AP y por el peso del sector privado, dos variables relacionadas, en Cataluña. Evidentemente el nivel socioeconómico también puede influir en una mayor/menor utilización de la AP pública.

Tabla 11. Frecuentación consultas de medicina, total y por tramos de edad

ANDALUCÍA	0-14	5,72
	15-34	3,86
	35-64	5,22
	>65 años	9,61
	Total	5,72
ARAGÓN	0-14	5,35
	15-34	3,5
	35-64	5,35
	>65 años	9,62
	Total	5,88
ASTURIAS	0-14	5,14
	15-34	2,68
	35-64	4,39
	>65 años	7,91
	Total	5,1
BALEARES	0-14	3,21
	15-34	2,38
	35-64	3,63
	>65 años	7,66
	Total	3,9
CANARIAS	0-14	5,58
	15-34	3,37
	35-64	4,8
	>65 años	8,05
	Total	5,1

CANTABRIA	0-14	4,92
	15-34	2,74
	35-64	3,88
	>65 años	6,94
	Total	4,48
CASTILLA Y LEÓN	0-14	5,46
	15-34	3,47
	35-64	5,47
	>65 años	11,88
	Total	6,71
CASTILLA-LA MANCHA	0-14	4,81
	15-34	3,13
	35-64	5,08
	>65 años	12,43
	Total	6,03
CATALUÑA	0-14	3,37
	15-34	2,33
	35-64	3,45
	>65 años	6,84
	Total	3,84
COMUNIDAD VALENCIANA	0-14	5,54
	15-34	2,78
	35-64	3,99
	>65 años	7,38
	Total	4,65
EXTREMADURA	0-14	5,41
	15-34	3,63
	35-64	5,87
	>65 años	13
	Total	6,8
GALICIA	0-14	5,52
	15-34	3,52
	35-64	5,16
	>65 años	9,25
	Total	5,94
MADRID	0-14	4,3
	15-34	3,15
	35-64	3,87
	>65 años	7,79
	Total	4,45
MURCIA	0-14	5,06
	15-34	3,51
	35-64	4,97
	>65 años	9,4
	Total	5,32

NAVARRA	0-14	4,77
	15-34	3
	35-64	4,54
	>65 años	8,17
	Total	4,97
PAÍS VASCO	0-14	5,41
	15-34	3,12
	35-64	4,39
	>65 años	7,98
	Total	5,08
LA RIOJA	0-14	5,5
	15-34	3,63
	35-64	5,04
	>65 años	9,85
	Total	5,84
Total		5,06

Tabla 12. Frecuentación total y por tramos de edad de las consultas de enfermería

ANDALUCÍA	0-14	2
	15-34	1,55
	35-64	2,44
	>65 años	8,84
	Total	3,24
ARAGÓN	0-14	2,01
	15-34	0,82
	35-64	1,51
	>65 años	6,98
	Total	2,61
ASTURIAS	0-14	2,3
	15-34	1,11
	35-64	2,29
	>65 años	6,74
	Total	3,25
BALEARES	0-14	1,64
	15-34	1,15
	35-64	1,77
	>65 años	6,58
	Total	2,35
CANARIAS	0-14	2,78
	15-34	1,05
	35-64	1,57
	>65 años	5,68
	Total	2,27

CANTABRIA	0-14	2,45
	15-34	0,73
	35-64	1,34
	>65 años	5,2
	Total	2,23
CASTILLA Y LEÓN	0-14	2,55
	15-34	1,34
	35-64	2,86
	>65 años	9,03
	Total	4,1
CASTILLA-LA MANCHA	0-14	2,69
	15-34	1,22
	35-64	2,6
	>65 años	10,09
	Total	3,75
CATALUÑA	0-14	2,04
	15-34	0,86
	35-64	1,28
	>65 años	5,33
	Total	2,08
COMUNIDAD VALENCIANA	0-14	2,39
	15-34	1,16
	35-64	1,87
	>65 años	6,64
	Total	2,76
EXTREMADURA	0-14	2,34
	15-34	1,31
	35-64	2,66
	>65 años	10,1
	Total	3,87
GALICIA	0-14	2,43
	15-34	1,38
	35-64	2,28
	>65 años	7,41
	Total	3,44
MADRID	0-14	1,7
	15-34	1,13
	35-64	1,58
	>65 años	5,98
	Total	2,25
MURCIA	0-14	1,82
	15-34	1,27
	35-64	2,17
	>65 años	8,18
	Total	2,83

NAVARRA	0-14	2,72
	15-34	1,26
	35-64	2,05
	>65 años	7,78
	Total	3,11
PAÍS VASCO	0-14	2,8
	15-34	1,54
	35-64	2,52
	>65 años	9,08
	Total	3,82
LA RIOJA	0-14	2,68
	15-34	1,72
	35-64	2,77
	>65 años	9,76
	Total	4,01
Total		2,87

La tabla 13 recoge las demandas de urgencias y emergencias por 1.000 habitantes en 2019, y según tipo de resolución (resueltas por el centro coordinador o por un desplazamiento de profesional sanitario). En este año las demandas de atención urgente/emergente resueltas por el centro coordinador van desde 256,08/1.000 de Navarra hasta 4,91 de Castilla la Mancha (media 44,51), y las que precisaron desplazamiento profesional desde 168,54 de Asturias hasta 38,46 /1.000 habitantes de Extremadura (media 102,84), de nuevo una variabilidad difícilmente explicable, porque en principio parece lógico pensar que debería existir una relación inversa entre las demandas resueltas por el centro coordinador y los desplazamientos y no sucede así. En todo caso si se observa un mayor número de desplazamientos en las CCAA con más dispersión geográfica y/o menor densidad de población

Tabla 13. Demanda de urgencias y emergencias

	2019	
	<i>Resueltas por el centro coordinador</i>	<i>Resueltas con desplazamiento de un profesional sanitario</i>
	<i>Demandas por 1.000 habitantes</i>	<i>Demandas por 1.000 habitantes</i>
SISTEMA NACIONAL DE SALUD	44,51	102,84
ANDALUCÍA	33,93	104,52
ARAGÓN	11,76	107,84
ASTURIAS (PRINCIPADO DE)	92,99	168,54
BALEARES (ISLAS)	26,71	116,94
CANARIAS	26,58	114,64

CANTABRIA	14,64	151,48
CASTILLA Y LEÓN	14,30	102,63
CASTILLA-LA MANCHA	4,91	93,99
CATALUÑA	62,98	128,14
COMUNIDAD VALENCIANA	26,53	94,85
EXTREMADURA	11,50	38,46
GALICIA	63,13	103,61
MADRID (COMUNIDAD DE)	44,61	70,96
MURCIA (REGIÓN DE)	113,45	102,04
NAVARRA	256,08	67,85
PAÍS VASCO	42,60	101,97
LA RIOJA	37,72	131,92
CEUTA y MELILLA (INGESA)	37,62	129,42

Interconsultas :

El último año con datos es 2017, lo que limita bastante el análisis. En todo caso las especialidades más recurridas, calculándose el promedio del número de interconsultas por 1000 habitantes, son Cardiología, siendo Canarias la más alta con un 28, 41; Cirugía general y digestiva, siendo nuevamente Canarias con un 40, 81; Dermatología, siendo La Rioja con un 67, 90; Digestivo, Madrid con un 27,94; Obstetricia y ginecología, Canarias con un 50, 81; Oftalmología, La Rioja con un 81, 03; Otorrinolaringología, La Rioja con un 42, 56; Psiquiatría, Canarias con un 20, 88; Rehabilitación, La Rioja con un 23, 69; Traumatología, Canarias con un 70, 18.

La tasa de interconsultas por 1000 habitantes se mantuvo prácticamente estable pasando de 386,48 en 2013 a 381,31 en 2017 (primer y último año disponibles). Las CCAA con mayores tasas en 2017 fueron Canarias y La Rioja (564 y 474 respectivamente) y la que menos Extremadura (265,06)

IV. GASTO FARMACÉUTICO POR RECETAS

La tabla 14 recoge el gasto farmacéutico por recetas y compara los datos desde 2014, porque es el año en que empieza a recogerse esta información en la web del Ministerio de Hacienda, el porcentaje se refiere al tanto por ciento sobre el gasto farmacéutico total del país. En la misma se observa como las 3 CCAA con más habitantes (Andalucía, Cataluña y Madrid) tienen un gasto farmacéutico por debajo de lo que les correspondería a su % de población y como otras como Extremadura y Galicia lo superan prácticamente en 1 punto porcentual.

Tabla 14. Gasto en productos farmacéuticos y productos sanitarios por recetas médicas u orden de dispensación:

CC.AA	Miles € 2014	% 2014	Miles € 2019	% 2019
Andalucía	1.604.804,26	16,66	1.729.452,20	15,77
Aragón	313.305,00	3,25	345.423,78	3,15
Asturias	266.141,00	2,76	294.786,91	2,68
Islas Baleares	183.729,57	1,90	228.849,94	2,08
Canarias	443.706,27	4,60	545.775,02	4,97
Cantabria	125.469,42	1,30	152.709,50	1,39
Castilla y León	566.322,13	5,88	661.076,07	6,03
Castilla-La Mancha	461.039,08	4,78	537.397,58	4,90
Cataluña	1.379.142,42	14,32	1.538.806,04	14,04
Extremadura	308.288,88	3,20	340.642,08	3,10
Galicia	687.672,21	7,14	729.247,62	6,65
Madrid	1.114.212,51	11,57	1.345.552,00	12,27
Región de Murcia	340.920,00	3,54	380.902,00	3,47
Navarra	141.656,29	1,47	143.581,78	1,31
País Vasco	499.729,49	5,18	506.436,34	4,62
La Rioja	66.875,30	0,69	74.275,13	0,67
C. Valenciana	1.127.149,30	11,70	1.404.861,12	12,81
TOTAL	9.630.163,14	100 %	10.959.775,11	100 %

La tabla siguiente recoge la evolución del gasto farmacéutico en recetas por habitante y su crecimiento entre 2014 y 2019. El aumento global fue del 12,6%, pero oscilaba entre Navarra que presentó una disminución del 0,7% y Valencia con un aumento del 24,1%. El gasto per capita en 2019 osciló entre 202,6 de Madrid y 319,7 de Extremadura.

Tabla 15 Gasto farmacéutico por habitante 2014 - 2019

CC.AA	2014	2019	Crecimiento 2014-19 (%)
Andalucía	191,3	205,2	7,2
Aragón	235,3	261,5	11,1
Asturias	251,31	288,4	14,7
Islas Baleares	164,6	192,6	17
Canarias	209,8	247,3	17,8
Cantabria	213,4	262,54	23
Castilla y León	226,9	274,5	20,9
Castilla-La Mancha	222,1	264,1	18,9
Cataluña	185,9	203,37	9,3
Extremadura	281,1	319,7	13,7
Galicia	250,3	270,1	7,9
Madrid	174,6	202,6	16
Región de Murcia	233,21	256,1	9,8
Navarra	222,5	220,9	- 0,7
País Vasco	230,5	232,5	0,8
La Rioja	212,1	236,8	11,6
C. Valenciana	227,4	282,3	24,1
TOTAL	207,1	233,4	12,6

Es decir estamos ante un gasto farmacéutico elevado que tiene una tendencia ascendente muy importante, en la mayoría de los casos por encima del crecimiento de los presupuestos sanitarios públicos y que supera en todas las CCAA el gasto destinado a AP.

V. OPINION DE LA CIUDADANIA

La opinión de la ciudadanía es muy importante a la hora de valorar un servicio público, especialmente cuando, como sucede con la AP, este pretende dar una prestación básica al conjunto de la ciudadanía. Desgraciadamente los barómetros sanitarios que se publicaban anualmente, no han vuelto a hacerlo desde 2019 (el correspondiente a 2018), cuyos resultados se recogen en el Informe de 2019.

No obstante incorporamos en la tabla 16 las respuestas del barómetro del CIS sobre Covid19, una encuesta realizada entre Septiembre y Diciembre de 2020 a 13.498 personas y que indica que, a pesar de todo la Atención Primaria es el servicio sanitario al que más acudió la población ante la sospecha de padecer esta enfermedad, el 71,7% lo hicieron a la consulta de su medico de AP o a las urgencias de AP, y el segundo otros servicios públicos, el 36,8%. Resulta llamativo que solo el 7,3% lo hiciera a servicios privados, incluyendo su propia empresa, y solamente el 4,2% a un medico privado.

De nuevo las habituales diferencias entre CCAA. Quienes acudieron a AP oscilan entre el 82,5% de Aragón y el 44,6% de Cantabria, y quienes lo hicieron a un recurso privado entre el 15,5% de Murcia y el 0% de Navarra y La Rioja.

Tabla 16 Servicio sanitario al que recurrieron por pensar que tenían síntomas relacionados con la Covid-19

	Médico/Urgencias Atención Primaria	Otros servicios públicos (hospital, 112/061, teléfono de la comunidad, etc.)	Servicios privados (empresa, médico privado)	Otros (medios telemáticos, se pusieron en contacto con la persona, otras respuestas, etc.)
Andalucía	74,1	30,2	8,5	8
Aragón	82,5	38,8	5,2	-
Asturias	66,2	49,9	3,3	3,3
Baleares	72,7	41	8,3	8,4
Canarias	64,7	44,5	5,4	3,5
Cantabria	44,6	47,7	9,1	4,6
Castilla La Mancha	70,7	40,4	7	4,4

Castilla y León	74,7	33,1	7,2	4,2
Cataluña	70,6	39,1	7,5	3,6
C. Valenciana	75,7	30,4	6,6	6,5
Extremadura	70,3	47	6,4	6,5
Galicia	59,8	40,4	8,2	8,4
Madrid	75,4	35,1	7,4	4,4
Murcia	57,3	46,7	15,5	4
Navarra	76,5	38,4	0	12,4
País Vasco	72,1	38,3	6,2	6,8
La Rioja	65,1	37,1	0	6
TOTAL	71,7	36,8	7,3	5,4

Fuente: Barómetro sanitario sobre la Covid-19, CIS 2020: Respuesta múltiple por lo que los % pueden sumar más de 100

Fuentes:

Todos los datos han sido recogidos de las web del Ministerios de Sanidad, Ministerio de Hacienda y Centro de Investigaciones Sociológicas

VI. CONCLUSIONES

Gasto sanitario

1. El gasto sanitario en AP ha disminuido en el periodo analizado en proporción sobre el gasto sanitario público (0,98% entre 2010 y 2018), si bien ha habido un ligero aumento desde 2016 (0,23%). Hay una gran dispersión en este porcentaje entre CCAA, yendo desde el 17,45% de Andalucía hasta el 11,48% en Madrid. La diferencia entre 2010 y 2018 va desde el - 6,51% de Baleares al + 1,27% de Cantabria. En 2018 solo 6 CCAA superan el porcentaje de 2010.
2. En cuanto al gasto sanitario por habitante y año en 2018 fue de 206,73 € oscilando entre 261,75 de Extremadura y 147,97 en Madrid, siete de las CCAA están situadas por debajo de la media y son llamativos los casos de Madrid y Baleares (178,38€). Unas diferencias tan importantes generan necesariamente desigualdad en las prestaciones de la AP

Recursos

1. En 2019 se había producido una pequeña disminución en el número de tarjetas sanitarias individuales (TSI) por profesional en medicina de familia, pediatría, enfermería y administrativos respecto a 2010 (- 51, - 57, - 121 y - 266 respectivamente), con una gran variabilidad entre las CCAA. De todas maneras las ratios (TSI/profesional) siguen siendo muy elevadas en todas ellas)
2. En medicina de familia, en 2019, la ratio oscila entre 1.762 de Baleares y 907 de Castilla y León (media 1.342). El porcentaje de profesionales con más de 1.500 TSI es muy elevado y globalmente inaceptable (el 38,83%) y en algunas de las CCAA realmente escandaloso (Baleares 88,28%, Madrid 56,75%), en esta última comunidad están el 52,9% de quienes tienen más de 2.000 TSI/profesional
3. En pediatría la ratio también es elevada, a pesar de la bajada de natalidad que obviamente favorece una disminución de las mismas, las ratios oscilan entre 1.149 de Cataluña y 766 de Valencia. De nuevo Baleares y Madrid concentran los mayores porcentajes con más de 1.250 TSI, siendo Madrid la que acoge al 56,89% con más de 1.500 TSI
4. En enfermería existe una anomalía crónica en el sistema sanitario español, ya que la ratio de TSI por profesional es mayor que la de medicina, cuando lo habitual en otros países (UE, OCDE) es que sea 1,5 inferior, a pesar de ello la ratio ha aumentado en 4 CCAA entre 2010 y 2019. La ratio de TSI profesional es muy elevada en 2019 (1.485 de promedio) y varía entre 1.113 de Canarias y 2.016 de Madrid
5. El personal administrativo también presenta ratios muy elevadas (2.779 de promedio en 2019) con gran variabilidad (máximo de 5.026 en la Rioja y mínimo de 1.720 en Canarias). La escasez de personal administrativo es precisamente una de las causas de la sobrecarga burocrática del personal asistencial.

Actividad

1. El número de consultas realizadas en AP disminuyó globalmente entre 2010 y 2019 (- 4,62%), si bien lo hizo a costa de las consultas médicas (- 8,11%), porque se objetivo un aumento del 2,23% en las de enfermería, lo que se evidencio en todas las CCAA. No obstante el número de consultas de medicina continuo siendo muy superior al de enfermería (1,76 veces mayor).
2. La frecuentación obviamente es mayor en las consultas médicas que en las de enfermería ((5,06 versus 2,87), y es mayor entre la población de más de 65 años. Oscila en las CCAA entre 6,8 de Extremadura y 3,84 de Cataluña en el caso de las de medicina y 4,1 en Castilla y León y 2,08 en Cataluña en el caso de enfermería. La frecuentación esta influida positivamente por la edad, y negativamente por el nivel socioeconómico, las mayores demoras en las citaciones y el grado de privatización en AP.
3. La tasa de urgencias y emergencias es elevada, en 2019: 44,51/1.000 habitantes son resueltas por los centros coordinadores y 102,84 precisaron de un desplazamiento de profesionales sanitarios.
4. La tasa de interconsultas por 1000 habitantes se mantuvo prácticamente estable pasando de 386,48 en 2013 a 381,31 en 2017 (primer y ultimo año disponibles). Las CCAA con mayores tasas en 2017 fueron Canarias y La Rioja (564 y 474 respectivamente) y la que menos Extremadura (265,06).

Gasto farmacéutico

1. El gasto farmacéutico por recetas que es el que depende sobre todo de AP ha experimentado un crecimiento del 12,6% en el conjunto del país, oscilando entre el 24,1% de Valencia y un ligero decrecimiento (- 0,7%) de Navarra. En todo caso el crecimiento promedio se ha situado por delante del aumento del presupuesto.
2. El gasto por habitante y año paso de 2007,1 € en 2014 a 233,4 en 2019, oscilando entre 319,7 en Extremadura y 202,6 en Madrid, y es superior en todas las CCAA al gasto realizado en AP

Opinión de la ciudadanía

1. La no publicación de los Barómetros sanitarios desde 2018 en el habitual ejercicio de transparencia de nuestras administraciones públicas limita bastante su análisis, en todo caso resaltar que en el barómetro sobre Covid19 del CIS un 71,7% de las personas que creían padecer la enfermedad acudieron a AP (frente a solo un 4,6% que acudieron a un medico privado) lo que significa una gran confianza de la población en la misma, estos datos oscilaban entre el 82,5% en Aragón y el 44,6% en Cantabria.

Los problemas detectados en la AP son probablemente una de las causas de las dificultades para atender la pandemia y para realizar el seguimiento y detección de casos durante la misma.

VII. DIECIOCHO RECOMENDACIONES PARA MEJORAR Y CONSOLIDAR LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Una. Deben de incrementarse notablemente los presupuestos sanitarios para la AP, una cifra que se estima razonable es en torno al 20-25% del presupuesto sanitario público, lo que debe de realizarse de una manera escalonada. En todo caso sería importante una financiación sanitaria finalista para poder garantizar los presupuestos destinados a la AP y acabar con la excesiva variabilidad actual.

Dos. Es fundamental disminuir la presión asistencial en la AP, para ello se precisa, aparte de unos mayores presupuestos, un incremento sustancial de las plantillas que establezca un máximo de 1300 TSI para profesionales médicos y de enfermería y de 1.000 para pediatría (por supuesto lo ideal sería establecer unos límites de acuerdo con el perfil de la población: edad, morbilidad, dispersión, etc.). Esto significa a corto plazo un aumento de al menos 2.000 profesionales de medicina y 4.500 de enfermería en AP en todo el país. A medio plazo deberíamos avanzar hacia una relación de profesional de enfermería/ de medicina de 1,5

Tres. A corto plazo debe garantizarse también que no existan profesionales médicos y de enfermería con más de 1.500 TSI asignadas.

Cuatro. Deben de ser convocadas todas las plazas de formación MIR acreditadas para pediatría, medicina de familia y enfermería comunitaria, para permitir la existencia de especialistas cualificados en AP

Cinco. Asimismo hay que realizar aumentos en el personal administrativo para lograr una ratio de 1.700 TSI /administrativo y el compromiso de recuperar las citaciones desde los centros de salud.

Sexta. La accesibilidad y la continuidad son dos características principales de la AP que hay que garantizar, por lo que habría que asegurar que más del 95% de la demanda se atenderá en 48 horas.

Séptima. La AP debe de recuperar las actividades de promoción y prevención, así como la visita domiciliaria y la atención comunitaria

Octava. Hay que aumentar de manera significativa la capacidad de resolución de la AP y para ello es necesario ampliar y homogeneizar el acceso a técnicas diagnósticas y terapéuticas, y a recursos tecnológicos.

Novena. Deben mejorarse los protocolos de utilización de medicamentos en AP porque debería reducirse la excesiva variabilidad entre CCAA detectada

Décima. Hay que restablecer las áreas sanitarias como espacio físico, poblacional donde planificar y asignar recursos y coordinar la actividad de los dos niveles asistenciales en función de las características y necesidades de la población.

Undécima. La AP debe de asumir la coordinación de la atención sociosanitaria y el control asistencial de las residencias de mayores y dependientes.

Duodécima. Deben de mejorarse de manera sustancial los mecanismos de coordinación entre la AP y la especializada para mejorar el seguimiento de los problemas de salud de la población.

Decimotercera. Hay que promover el trabajo en equipo, asignando unos roles que garanticen el uso racional y eficiente, así como la atención integral de salud.

Decimocuarta La participación comunitaria es una de las premisas para conseguir una AP de calidad al servicio de la población y es indisoluble con la autonomía de gestión

Decimoquinta. LA AP debe de tener un mayor protagonismo en el abordaje de los determinantes de salud, de la salud medioambiental y de la salud laboral.

Decimosexta. Se necesita una mayor transparencia en la información del funcionamiento de la AP, tanto en cuanto a recursos, actividad, calidad y resultados en salud.

Decimoséptima. Hay que aumentar los profesionales de las Unidades de Apoyo de AP (fisioterapeutas, odontología, protésicos, psicología , matronas, etc) estableciendo criterios homogéneos de dotación de las mismas

Decimoctava. Hay que potenciar la investigación en AP para potenciar un mejor abordaje de los problemas de salud más prevalentes y sus determinantes.

Autores: Imara Garit Rodriguez, Carlos Sánchez Fernández, Sergio Fernández Ruiz, Marciano Sánchez Bayle

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

Marzo de 2021