



**Universitat
Pompeu Fabra**
Barcelona



Col·lecció Health Policy Papers

2018 – 09

**APROXIMACIÓ A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DES DE LA
PERSPECTIVA DE L'ECONOMIA DE LA SALUT PER
APALANCAMENTS POSITIUS I PER EVITAR
FRUSTRACIONS**

Guillem López i Casasnovas

Catedràtic d'Economia de la Universitat Pompeu Fabra

Centre de Recerca en economia i Salut (CRES)

Barcelona

La Col·lecció Policy Papers, engloba una sèrie d'articles, en Economia de la Salut i Política Sanitària, realitzats i seleccionats per investigadors del Centre de Recerca en Economia i Salut de la Universitat Pompeu Fabra (CRES-UPF) a l'empar del suport incondicionat per conveni amb l'Obra Social "la Caixa".

"This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution and reproduction in any medium provided that the original work is properly attributed"



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Barcelona, Octubre 2018

APROXIMACIÓ A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DES DE LA PERSPECTIVA DE L'ECONOMIA DE LA SALUT PER APALANCAMENTS POSITIVS I PER EVITAR FRUSTRACIONS

Guillem Lopez i Casasnovas Catedràtic d'Economia de la Universitat Pompeu Fabra, Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES).

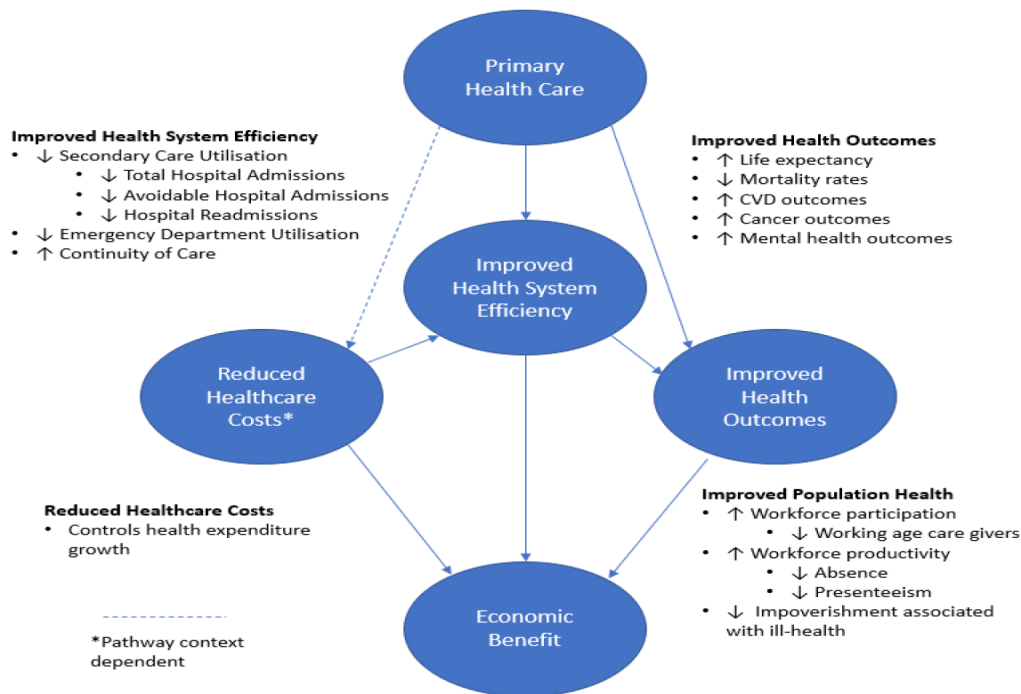
Introducció

Es compleixen ja set anys de *'La Refundación de la Atención Primaria'*, V Ortún edit, 2011 Springer, Col·lecció CRES. La seva relectura, des de l'òptica de l'Economia de la Salut ofereix avui algunes constants. La *Desiderata* i altres valors de l'Atenció Primària (AP) efectivament es mantenen, però del 'dit al fet' hi ha encara abismes. Volem fer en aquest text una revisió dels condicionants objectius que dificulten l'assoliment dels canvis desitjats a l'AP. A la vegada, es proposa fer una valoració de les restriccions subjectives ('jo crec, jo penso', d'acord amb els registres personals de cadascú) que serien més mitigables per l'acció dels responsables. Finalment, es comenten algunes pistes bones i algunes falses, per ambigües, envers els canvis esperables.

Els reconeixements de partida

Una mena de joc floral, panegíric, de virtuts de l'AP, i així dels canvis desitjables, els trobem avui a *The Economic Case for Primary Health Care: A Scoping Review* E Mossialos & M Anderson, 2018 (<http://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/phc---economic-case.pdf>), de la mateixa manera que es contenen a Starfield et al. *The contribution of Primary Care to Health Systems and Health*. Milbank Q., del 2005.

L'esquema que segueix és prou aclaridor.



Les pretensions després de dues dècades i mitja es mantenen així intactes, i troben continuïtat en com es manifesten a *Inversió en Salut* (de la Tallinn Charter OMS 2018). Aquest nou text crida a l'entrada de treballs de cooperació entre els Departaments de Finances i de Salut dels diferents països, argumentada en l'impacte dels assoliments de millores de salut des de l'AP en el creixement macroeconòmic. S'emfasitzaria així que la productivitat és major des de l'atenció primària: per més beneficiats afectats i per millor taxa de retorn (resultat de la major durada de les intervencions). També en termes d'impacte en el benestar (immediatesa, grans col·lectius, externalitats) i amb força visualització política ciutadana (*public choice*), per bé i per mal (segons funcions i/o disfuncions assistencials). En tot cas es considera que a l'AP és on rau la prevenció, la promoció, on tota angoixa deguda a la pèrdua potencial de salut troba solc, i on més sensibilitat es té per al *fine tuning* de modular l'assistència per a l'equitat del cas concret. Cal, però, reconèixer, contràriament, que a la vista de les dades l'AP és qui té major exposició a la crisi, i en conseqüència en la possibilitat d'acabar impactant en la progressivitat social del sistema per la via dels canvis a la utilització dels diferents grups de renda.

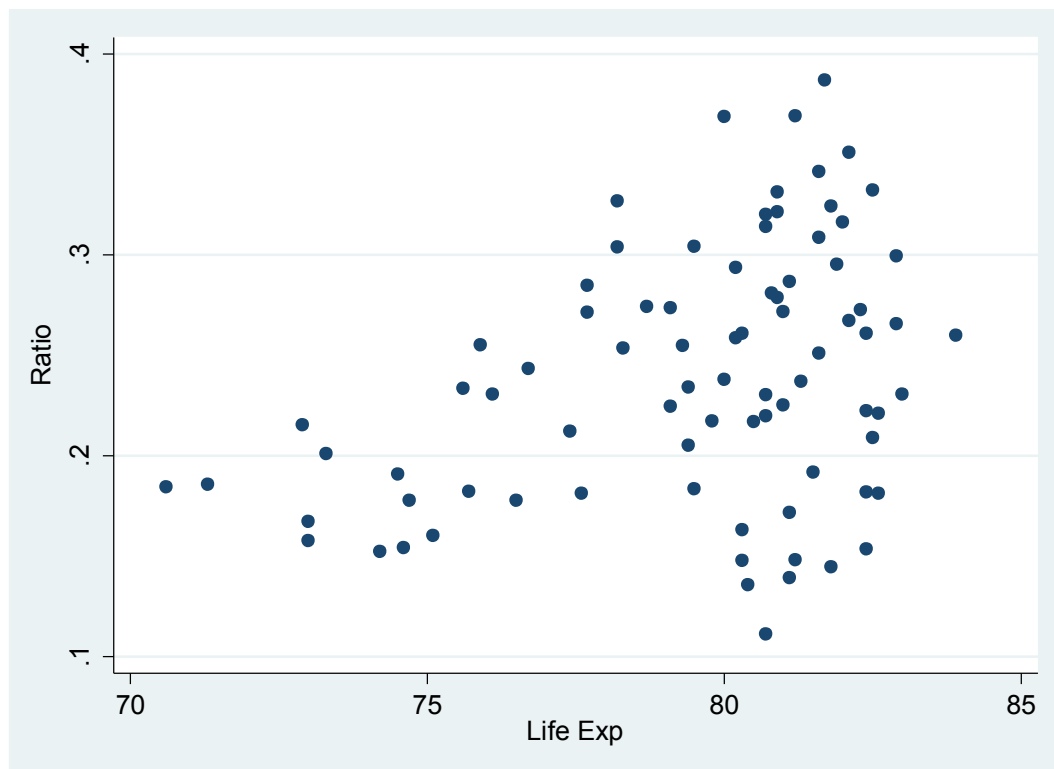
A mode d'aclariment

Voldríem remarcar, si més no, alguns prejudicis aclaridors. El qualificatiu de 'primària' no dona a intuir d'entrada ni que es tracti d'una atenció completa ni autosuficient, resolutiva, sinó vinculable a quelcom més. Així mateix, les virtualitats de l'AP són diferents segons el context concret en que treballa, fet que li dona un valor variable en països emergents, menys desenvolupats... i en general en funció de que primi la cobertura i l'equitat d'accés geogràfica i de protecció financera per sobre d'altres elements distintament valorats al benestar social. La confluència d'aquests contextos amb el món socioeconòmic arrela el discurs del reforçament de l'AP en l'àmbit dels determinants socioeconòmics. Notem però que amb un simple 'nudge' adicional podem acabar fent que l'AP se situï fora del sistema sanitari més professional, en competència de politòlegs i sociòlegs. I finalment, en països més desenvolupats, alerta amb la deriva d'imputar al sistema el que resta fora de l'àmbit professional de l'AP (prematur, addiccions, estils de vida...) ja que la societat pot valorar de manera prou diferent les accions necessàries en aquests camps.

Algunes correlacions descontextualitzades Països de la Unió Europea

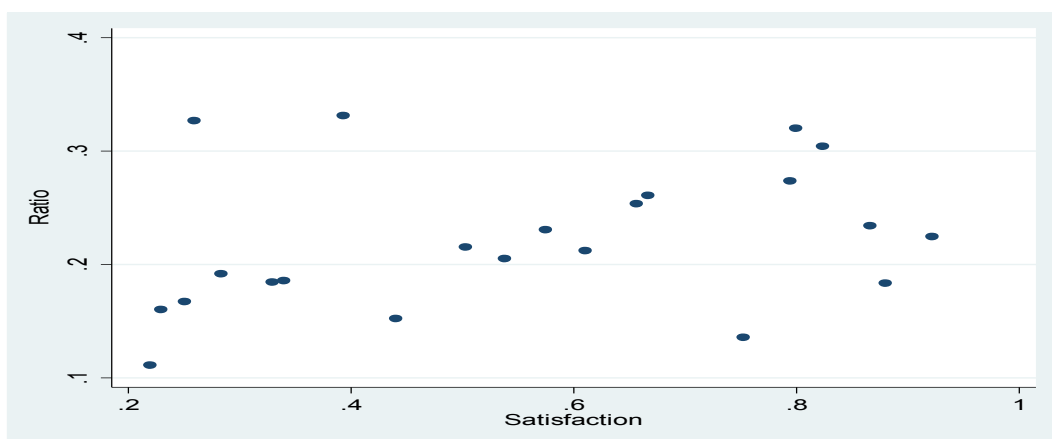
Pes de la ratio de la despesa en Atenció Primària/Desp. Pública vs Esperança de vida. Talls 2005, 2010, 2015

Tots els períodes junts



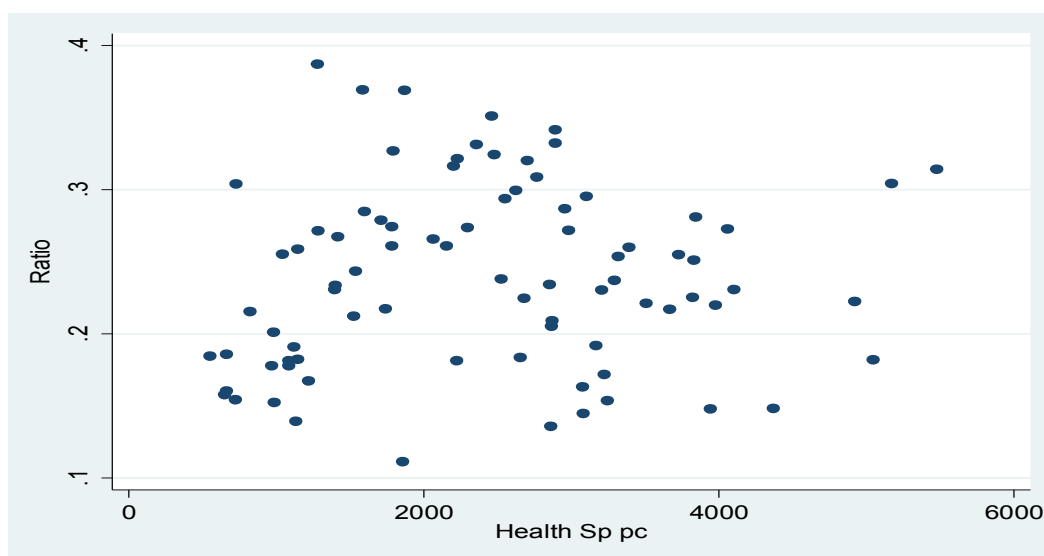
L'anàlisi per període dona una certa correlació positiva clarament decreixent (correlacions 0.5066, 0.3575, 0.2757).

Despesa en Atenció Primària/Desp. Sanit Pública vs Satisfacció (sumant els percentatges de respostes que a l'Eurobaròmetre de 2008 van valorar l'atenció sanitària del seu país amb un Molt bé (Very Good) o Més aviat bé (Rather Good))



Ràtio Primària/Desp. Sanit Pública vs Desp. Pública Sanitària p.c.

Tots els períodes (2005, 2010, 2015) Amb correlacions decreixents



Condicionants objectius per avançar

Fent justícia a la realitat i abans d'avançar en la crítica de 'el que podria ser i no és', caldria reconèixer la dificultat de la governança, més complicada quan més agents i menys risc aquests assumeixen, com és el cas de la nostra AP. En efecte, cada cop és més complex coordinar i motivar equips, especialment entre professionals d'aquest nivell de coneixement que són Mestres del seu instrument i tenen tendència a pensar que poden escriure les partitures ignorant la resta. Posem així en valor al bon professional que reconeix que sempre pot millorar treballant amb altres. Especialment quan en el mirall trobem altres que pensen que un bon professional que 'es posa ell en valor' confrontant el seu coneixement a la disponibilitat a pagar de tercers per la seva tasca. La literatura econòmica sobre el *pool* de riscos i beneficis del treball conjunt per professions no ajuda a trobar organitzacions o institucions robustes.

Notem així mateix el que el sistema exigeix als professionals: que mantinguin una visió social de les prioritats a compatibilitzar però amb les del pacient que es troba al seu davant. Altres aspectes no són de fàcil gestió. Molta accessibilitat permet portes obertes al mal ús. Aquesta generarà frustració després si les portes es tanquen. Molts reconeixen la inevitabilitat de l'expansió de l'especialitzada i de les proves diagnòstiques cares. En aquestes circumstàncies, només quan no hi ha crisi l'AP no 'perd peu', es queda endarrerida, a la cadena de valor. Finalment voldríem integrar des de l'AP una mirada completa del malalt, malgrat que al final el professional es veu abocat a repartir tasques posteriors (administratives, per a crònics, baixes laborals, etc.) a altres, perdent control de la situació. A la vegada, sura la idea entre els teòrics de que té més importància *saber quin tipus de malalt té aquella mena de malaltia que no quina malaltia té aquell malalt*.

Exigències que generen frustració

Demanar apostòlicament un 'professionalisme renovat', la recerca d'una 'complexitat il·lustrada sobre 'el que cal' en el sistema sanitari', per a 'fer' amb pretensió resoluciva (i alhora enllistar 'no fer' i practicar una 'medicina sensata' de '*low cost*' ha de ser sens dubte estressant. Les pretensions d'autonomia de gestió des de la comoditat de la retribució salarial com a compte aliè se situarien a la banda de confort però de nou no són assolibles i acaben generant frustració. Ja hem comentat també els perills de sobre-emfasitzar el coneixement del detall de l'entorn del malalt (marcadors 'socials', situació laboral, familiar i de felicitat personal), inassolible per qualsevol humà. Per últim, valorar la capacitat resoluciva de la tasca feta a l'AP en termes de AVACs o fins i tot de recuperacions assolides al marge de desbaratat desvia l'atenció d'altres formes de ineficiència més micro, de la gestió clínica pròpia.

Falses pistes per ambigües

Aquestes falses pistes, que per ambigües es mantenen irresolutes, ens farien llistar d'entrada els qualificatius que contenen. 'Primari', 'general', 'bàsic'... donen un rol a l'AP que crida allò de 'el més barat per als més', i afavoreix la percepció de que millor assistència ha de provenir del 'politecnològic', l'"especialitzat". Tot i això, són molts els qui centren en l'AP la cadena completa de valor: *Qui fa què, quan i com*. Però a un NHS qui ho decideix és el sistema i rarament ho 'delega' a un sol agent pels perills que conté. Així el *pool* mínim de riscos a agrupar per a que la transferència de risc associada a la delegació de responsabilitats sigui creïble, re-enforçable. Els coeficients de variació en la despesa per càpita d'agrupaments de població en són indicatius. En tot cas aquest el que sí que pot fer el sistema de salut és 'interessar' als agents, però sense donar-li la 'xequera' a un d'ells. El *GP Fund Holding* anglès va ser la darrera aventura en aquest terreny.

En canvi, i amb coherència amb l'anterior pretensió, en el mirall trobaríem, ara sí, la delegació individual efectiva a un *broker* de salut, elegit i (co)finançat per l'usuari. Reclamar allò primer ometent això segon combina dues pistes que serien falses per contradictòries. Per una banda, és comunament acceptat que l'AP és condició sempre necessària però no suficient. La percepció és així que la suficiència és la qui resol, i fa sentir-se 'especial' en el cas concret al pacient al tractament final de la cadena. Per altra banda, la diversitat del '*front line*' fa per una major discrecionalitat. L'assalarització permet reconduir-la, per la via de la protocolització i el comandament centralitzat. Ho vol, però, així el professional d'AP?. Romandria aquí per tancar el cercle, comentar el paper de les societats científiques o grupals, que sovint apareixen 'al rescat' de la situació criticada, en defensa de l'AP; però, pressionar per a fer què?: Guanyar respecte professional?, fer contra-pressió corporativa?, buscar la cohesió interna de la professió resolent conflictes i impulsant bones pràctiques? La pista de la seva funció resta sovint indeterminada.

Alguns enfocaments polivalents

Per concloure aquesta reflexió assenyalarem alguns enfocaments polivalents, que si s'assoleixen són plataforma d'inici de canvi. Entre elles: (i) la idea que *lo nou és millor*. (ii) que *si és més car és que s'ho val*. (iii) que *més sempre és millor*. (iv) la constatació de 'mal si fas' (*does a la* terminologia anglosaxona) per precaució, 'mal si no fas' (*not does*) amb risc de mala praxis, a diferents ulls judicadors. (v) remarcar la rellevància de la confiança personal en 'dir' (aconsellar) més que no en 'fer' directament: *brokers*, que mantenen valor amb els anys jubilars. (vi) analitzar les propostes des de la *solvència* del sistema (capacitat de donar solució amb rigor a reptes nous, ajustant els dispositius assistencials a les necessitats canviants) més enllà de perdre's en el discurs

de de la sostenibilitat financera, més polític i conjuntural. (vii) finalment, ajudar a entendre la importància de la gestió de la utilització en serveis universalistes en clau de progressivitat social, ja que aquesta és un component bàsic dels sistemes públics de salut, de la mà del discurs de l'eficiència.

Comentari i reflexió final

Tres editorials de The Lancet recentíssims permeten emfasitzar la *Renaissance* de l'AP. Els exemples i virtuts, tots referits a LDCs (països menys desenvolupats) i valorats des del propòsit de la millora de la cobertura universal (el seu principal repte). Amb la pretensió de la millora de la salut genèricament com a salut física mental i 'social wellbeing'. AP efectiva per barata i certament possible (finançable). Dos Informes recents (Peckman et al març del 2018) per Canadà. Del Kings Fund (juny 2018) per al Regne Unit. Ple d'exemples i bones pràctiques, però des del funcionament de pagament per servei canadenc (*fee for service*) i del britànic (*general practitioners* com a empleats per compte pròpia). A les antípodes dels anteriors objectius, fets extols. Les innovacions a buscar en el camp de les TICs, agenda 'after hours', sofisticació de retribucions sobre les bases anteriors, treball d'equip, indicadors de *performance*, noves formes d'assistència digital, formes organitzatives empresarials i aspectes socials del '*community care*', amb rellevància doncs limitades per a la persecució de les virtuts anteriors.

La contraposició és només orientativa de la realitat dels discursos. No perden valor per si mateixos ja que la bona qualitat i cost efectivitat de l'AP no està en 'ser' sinó 'estar'. Estar ben encaixada amb la resta de l'assistència rellevant per la salut. Encaixar és més que coordinar. No es tracta de patrimonialitzar els pacients (de qui son), sinó de que s'està disposat a fer per part dels professionals al servei de l'AP. Disposats, capacitats i amb possibilitats de fer-ho. Capacitació en diagnòstic i coneixement (en matèria de salut mental, nutrició, maternitat, nens, medicaments) i si es compta amb els incentius apropiats a fer-ho. Buscar l'equilibri entre lo possible i lo probable és la clau per a evitar frustracions. Conèixer el que és possible seria la dimensió de la tasca a valorar.

Gavà, 25 d'octubre del 2018

Agraeixo els comentaris a un primer esborrany del dr. Salvador Peiró i l'ajut a la recerca de Marc Casanovas.

CENTRE DE RECERCA EN ECONOMIA I SALUT (CRES-UPF): <https://www.upf.edu/cres/>

