



**Universitat  
Pompeu Fabra**  
*Barcelona*



**Colección Health Policy Papers**

**2018 – 09bis**

**APROXIMACIÓN A LA ATENCIÓN PRIMARIA  
DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ECONOMÍA DE  
LA SALUD. A LA BÚSQUEDA DE  
APALANCAMIENTOS POSITIVOS Y DE EVITAR  
FRUSTRACIONES**

**Guillem López-Casasnovas**

**Catedrático de Economía de la Universitat Pompeu Fabra**

**Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)**

**Barcelona**



La Colección Policy Papers, engloba una serie de artículos, en Economía de la Salud y Política Sanitaria, realizados y seleccionados por investigadores del Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universitat Pompeu Fabra (CRES-UPF), al amparo del apoyo incondicionado por convenio con la 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 2019**



## **APROXIMACIÓN A LA ATENCIÓN PRIMARIA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ECONOMÍA DE LA SALUD**

**Guillem López-Casasnovas Catedrático de Economía de la Universitat Pompeu Fabra, Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES).**

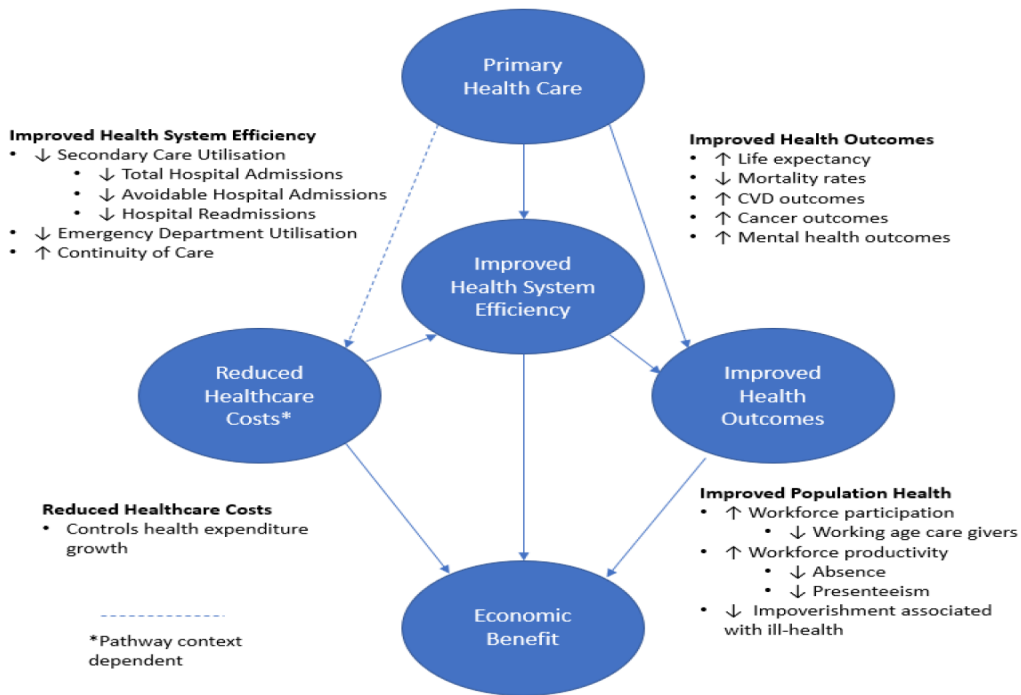
### **Introducción**

Se cumplen ya ocho años de '*La Refundación de la Atención Primaria*', libro de cabecera, editado por V Ortún, 2011 Springer, colección CRES. Su relectura, desde la óptica de la Economía de la Salud ofrece hoy algunas constantes. Los *desiderata* y valores básicos de la Atención Primaria (AP) se mantienen, pero del 'dicho al hecho' aún se observan algunos 'trechos'. Queremos hacer en este texto una revisión de los condicionantes objetivos que dificultan la consecución de los cambios deseados en la AP. Al mismo tiempo, se propone hacer una valoración de las restricciones subjetivas a cambios que aquí se consideran necesarios (desde el 'yo creo, yo pienso', según los registros personales de cada uno) y que serían factibles con acciones adecuadas de los responsables de la política sanitaria. Finalmente, se comentan algunas pistas buenas y otras falsas, por ambiguas, en relación a los cambios esperables.

### **Los reconocimientos de partida**

Una especie de juego floral, de virtudes de la AP y de los cambios deseables, se puede leer en *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 modo similar al que se contiene en Starfield et al. *The contribution of Primary Care to Health Systems and Health*. Milbank Q., de 2005.

El esquema que siguen ambos textos es bastante similar.



Las pretensiones de lo que es y lo que debiera de ser la AP, después de década y media se mantienen (Starfield, 2005) así intactas, y encuentran continuidad en el nuevo Manifiesto *Inversión en Salud* (de la Tallin Charter OMS 2018). Este nuevo texto clama por la cooperación entre los Departamentos de Finanzas y de Salud de los diferentes países, argumentada en el impacto de los logros de mejoras de salud desde la AP en el crecimiento macroeconómico. Se enfatizaría así que la productividad de la economía es mayor cuando el gasto en salud se dirige desde la atención primaria: por un mayor número de beneficiarios afectados y por una tasa de retorno (resultado de la mayor duración de las intervenciones) más alta. También en términos de impacto en el bienestar (inmediatez, grandes colectivos, externalidades) y de visualización política ciudadana (*public choice*), para bien y para mal, según se consideren las funciones y/o disfunciones asistenciales con las que se acompañan. En todo caso se considera que en la AP es donde radica la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, donde toda angustia debida a la pérdida potencial de salud puede encontrar consejo y recomendación, y donde más sensibilidad hay para el *fine tuning* para modular la asistencia en favor de la equidad ante el caso concreto. Sin embargo, hay que reconocer, contrariamente, que a la vista de los datos, la AP es quien muestra mayor exposición a la crisis, y en consecuencia posibilidad de acabar impactando en la progresividad social del sistema por la vía de los cambios provocados en los cambios de utilización de servicios por los diferentes grupos de renta.

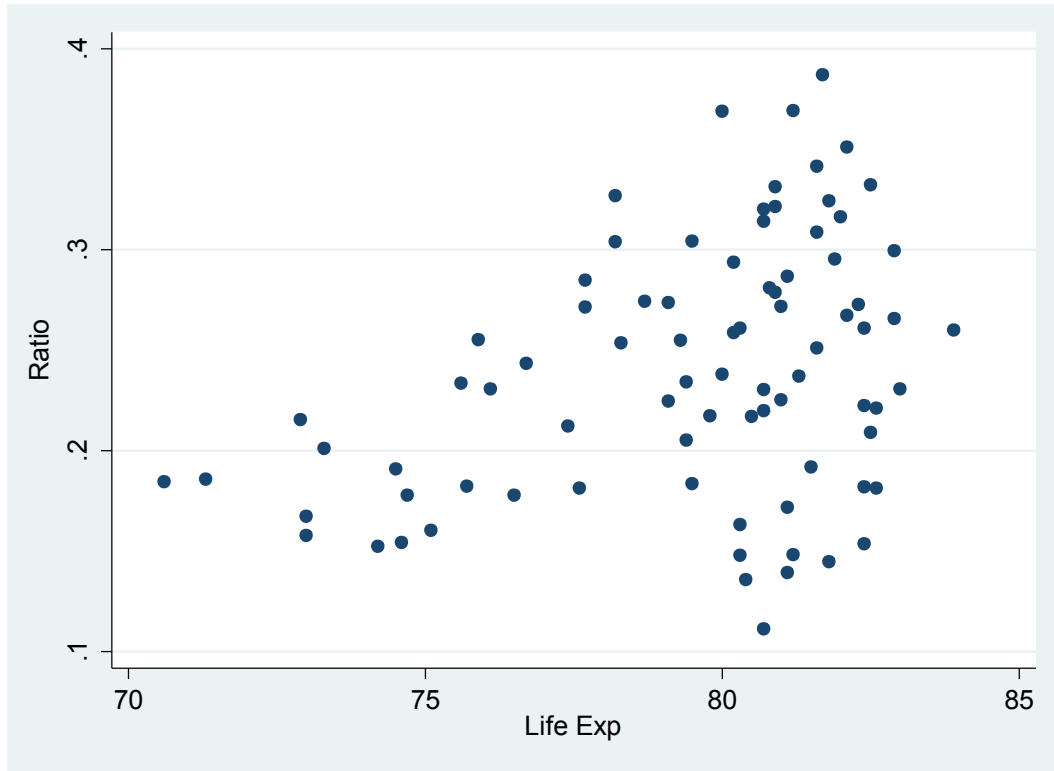
## **A modo de descargo**

Quisiéramos destacar, de entrada algunos pre-juicios aclaratorios. El calificativo de 'primaria' no da a intuir en un principio ni que se trate de una atención completa ni autosuficiente, resolutive, sino vinculable a algo más. Así mismo, las virtualidades de la AP son diferentes según el contexto concreto en que opera, lo que le da un valor diferente en países emergentes, menos desarrollados... y en general en función de que prime o no la cobertura y la equidad de acceso geográfica y de protección financiera por encima de otros elementos distintamente valorados en el bienestar social. De la confluencia de estos contextos específicos con el mundo socioeconómico arraiga el discurso del reforzamiento de la AP en el ámbito de los determinantes socioeconómicos. Notemos que desde esta línea, con un simple '*nudge*' adicional, podemos acabar haciendo que la AP se sitúe fuera del sistema sanitario más profesional, y se adentre en los comportamientos sociales, en competencia con antropólogos, politólogos y sociólogos. Y finalmente, en países más desarrollados, cuidado con la deriva que puede ocasionar imputar al sistema lo que queda fuera del ámbito profesional del ejercicio de la AP (salud de prematuros, adicciones, estilos de vida...) ya que la sociedad puede valorar de manera bastante diferente las acciones necesarias en estos campos de lo que recogen los datos en abstracto.

## **Algunas correlaciones descontextualizadas Países de la Unión Europea**

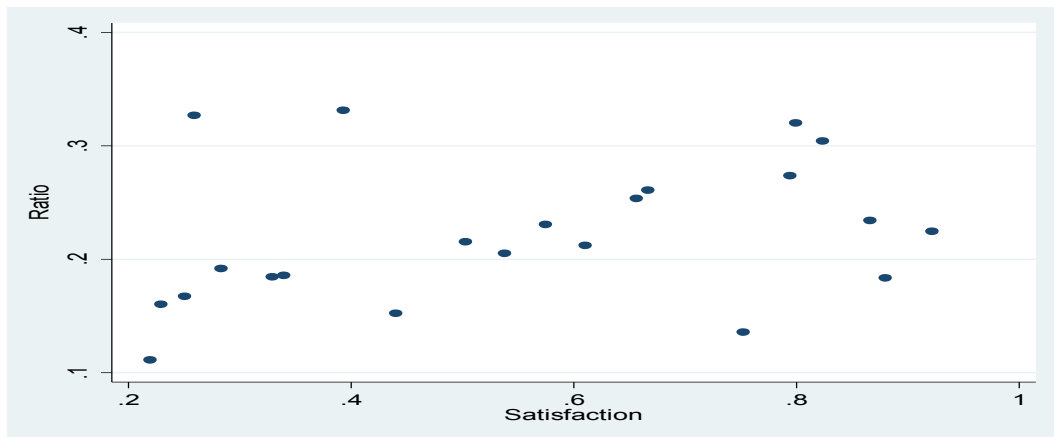
***Peso de la ratio del gasto en Atención Primaria/Gasto Público vs Esperanza de vida. Cortes 2005, 2010, 2015***

*Todos los periodos juntos*



El análisis por período da una cierta correlación positiva claramente decreciente (correlaciones 0.5066, 0.3575, 0.2757).

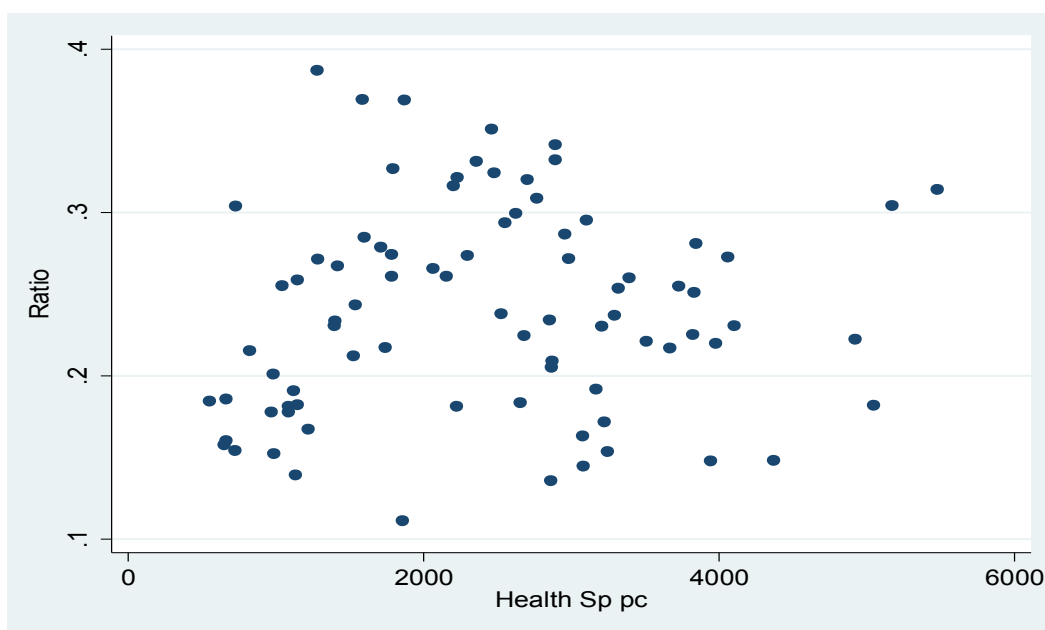
***Gasto en Atención Primaria/Gasto Sanidad Pública vs Satisfacción*** (sumando los porcentajes de respuestas que en el Eurobarómetro de 2008 valoraron la atención sanitaria de su país con un Muy bien (Very Good) o Más bien bueno (Rather Good))



**Ratio Primaria/Gasto Sanidad Pública vs Gasto Público Sanitario p.c.**

Todos los períodos (2005, 2010, 2015) Con correlaciones decrecientes





### Condicionantes objetivos para avanzar

Siendo justos con la realidad y antes de avanzar en la crítica de 'lo que podría ser y no es', habría que reconocer la dificultad de la gobernanza en AP, más complicada cuantos más agentes y menos riesgo estos asumen. En efecto, cada vez es más complejo coordinar y motivar equipos, especialmente entre profesionales con un nivel de conocimiento que les permite considerar expertos en su instrumento y que pueden tener tendencia a pensar que pueden escribir las partituras ignorando el resto de agentes. Hace falta poner en valor al buen profesional que reconoce que siempre puede mejorar trabajando con otros; especialmente cuando en el espejo encontramos otros que piensan que un buen profesional es aquel que 'se pone en valor' (se muestra valioso), confrontando su conocimiento con la disposición a pagar de terceros por su tarea en el mercado privado. La literatura económica sobre el pool de riesgos y beneficios del trabajo conjunto para profesiones no ayuda a encontrar organizaciones o instituciones robustas en este campo.

Notamos asimismo lo que el sistema exige a los profesionales: que mantengan una visión social de las prioridades a contabilizar pero no sólo con las del paciente que se atiende en la consulta. Estas consideraciones no son de fácil gestión. Mucha accesibilidad permite puertas abiertas al mal uso. Esta generará frustración después si las puertas se cierran (las cierran otros, digamos los 'especialistas'). Muchos responsables de la política sanitaria reconocen con la boca pequeña la inevitabilidad de la expansión de la atención especializada y de más y más pruebas diagnósticas

caras. En estas circunstancias, sólo cuando no hay crisis de financiación puede que la AP no 'pierda pie', se quede postergada en las reformas sanitarias. Finalmente, es legítimo aspirar a configurar desde la AP una mirada completa del enfermo, a pesar de que al final el profesional de la AP se vea abocado a repartir tareas asistenciales (administrativas, para crónicos, bajas laborales, etc.) a otros profesionales, perdiendo control de la situación. A la vez, flota la idea entre los teóricos que tiene más importancia *saber qué tipo de enfermo tiene esa clase de enfermedad que no qué enfermedad tiene aquel enfermo*.

### **Exigencias que generan frustración**

Pedir apostólicamente desde los teóricos de la AP un 'profesionalismo renovado', la búsqueda de una 'complejidad ilustrada' sobre 'lo que se precisa' en el sistema sanitario, para 'hacer' con pretensión resolutive (y al mismo tiempo listar 'no hacer') y practicar una 'medicina sensata' de '*low cost*' debe ser sin duda estresante para sus profesionales. Las pretensiones de autonomía de gestión desde la comodidad de la retribución salarial como cuenta ajena se situarían en la banda de confort para dichos profesionales, pero de nuevo no son alcanzables y acaban generando frustración. Ya hemos comentado también los peligros de sobre-enfatizar el conocimiento del detalle del entorno del enfermo (marcadores 'sociales', situación laboral, familiar y de felicidad personal), de difícil aprehensión para cualquier humano. Por último, valorar la capacidad resolutive de la tarea hecha en la AP en términos globales, ya sea de Años de vida ganados ajustados por calidad (AVACs) ya de recuperaciones logradas ante cargas de enfermedad, desvía la atención de otras formas de ineficiencia más micro, propias de la gestión clínica de cada cual.

### **Falsas pistas por ambiguas**

Estas falsas pistas, que por ambiguas se mantienen irresolutas, nos harían listar en un principio los calificativos que contienen. Los de 'Primario', 'general', 'básico'... dan un rol a la AP que apela a lo de 'lo más barato para los más', y favorece la percepción de que mejor asistencia debe provenir del 'politecnológico', el "especializado". Sin embargo, son muchos quienes centran en la AP la gestión de la cadena completa de valor: *¿Quién hace qué, cuándo y cómo?*. Pero en un Servicio Nacional de la Salud quien lo decide es efectivamente el mismo sistema y raramente lo 'delega' a un solo agente por los peligros que ello conllevaría. Así el *pool* mínimo de riesgos a agrupar para que la transferencia de riesgos asociada a la delegación de responsabilidades sea creíble, re-enforzable, se deriva ilustrativamente de los coeficientes de variación en el gasto sanitario per cápita de grupos de población, en dispersiones que aumentan en grupos pequeños. En todo caso lo que sí puede hacer el sistema de salud es 'interesar'

a los agentes, pero quizás sin darles la 'chequera' a uno de ellos. El *GP Fund Holding* inglés fue la última aventura en este terreno.

En cambio, y en coherencia con la anterior pretensión, en el espejo encontraríamos, ahora sí, la delegación individual efectiva a la AP de un *broker* de salud, elegido y quizás (co)financiado por el usuario. Reclamar lo primero omitiendo esto segundo combina dos pistas que serían falsas por contradictorias. Por un lado, es comúnmente aceptado que la AP es condición siempre necesaria pero no suficiente para el buen funcionamiento del sistema. Sin embargo, la percepción generalizada es que la suficiencia la resuelve, y hace sentirse 'especial' en el caso concreto al paciente, en el tratamiento final de la cadena de valor de la salud. No en el primero, a menudo sin remisión ni continuidad. Por otra parte, la diversidad del '*front line*' de la AP genera previsiblemente una mayor discrecionalidad que no anticipa efectividad en diagnóstico y pronóstico.

La asalarización de los profesionales permite reconducir supuestamente aquella discrecionalidad, por la vía de la protocolización y el mando centralizado. Para ello cabe contar con el papel de las sociedades científicas o grupales, que a menudo aparecen 'al rescate' de la situación criticada, en defensa de la AP, ya de sus profesionales o de sus financiadores. Pero, presionar para hacer qué?: Ganar respeto profesional?, hacer contra-presión corporativa?, buscar la cohesión interna de la profesión resolviendo conflictos e impulsando buenas prácticas? La pista de la función de dichas sociedades queda a menudo desdibujada.

### **Algunos enfoques polivalentes**

Para concluir esta reflexión señalamos algunos enfoques que consideramos polivalentes, que si se alcanzan son plataforma de inicio de cambios. Entre ellas, las posiciones contrarias a (i) la idea de que *lo nuevo es mejor*, (ii) que *si es más caro es que lo vale*, (iii) que *más siempre es mejor*, (iv) la constatación de 'mal si haces' (*do* en la terminología anglosajona) por precaución, 'mal si no haces' (*not do*) con riesgo de mala praxis, a diferentes escrutinios. O favorables a (v) remarcar la relevancia de la confianza personal en 'decir' (aconsejar) más que en 'hacer' (lo que hemos llamado *brokers*, que mantienen valor con los años de experiencia incluso desde la jubilación), (vi) analizar las propuestas desde la *solvenia* del sistema (capacidad de dar solución con rigor a nuevos retos, ajustando los dispositivos asistenciales a las necesidades cambiantes) y no perderse en el discurso de la sostenibilidad financiera, más político y coyuntural, y finalmente, (vii) ayudar a entender la importancia de la gestión de la utilización en servicios universalistas en clave de progresividad social, ya que ésta es un componente básico de los sistemas públicos de salud, de la mano del discurso de la eficiencia.

## Comentario y reflexión final

Tres recientísimas editoriales de *The Lancet* permiten enfatizar la *Renaissance* de la AP. Los ejemplos y virtudes, vienen todos referidos a *LDCs* (países menos desarrollados) y valorados desde el propósito de la mejora de la cobertura universal (su principal reto). La pretensión explícita es la de la mejora de la salud, genéricamente como salud física mental y '*social wellbeing*'. La AP efectiva emerge como barata y factible (financiable). Dos Informes recientes (Peckman et al en marzo de 2018) para Canadá, del Kings Fund (junio 2018) para el Reino Unido contienen diversos ejemplos de buenas prácticas, pero, atención, desde el funcionamiento del pago por servicio canadiense (*fee for service*) y del británico (*general practitioners* siendo empleados por cuenta propia). Las innovaciones se localizan en abrir campo para las TICs tecnologías de comunicación, agenda 'after hours' en prevención, educación, servicios complementarios, muestra de sofisticación de retribuciones sobre las bases anteriores, del trabajo de equipo, indicadores de *performance*, nuevas formas de comunicación digital, nuevas formas organizativas empresariales y aspectos sociales del '*community care*'. Todas ellas tienen una relevancia muy limitada para la persecución de las virtudes anteriores desde un sistema organizado de la AP como disponemos en nuestro país.

La contraposición es sólo orientativa de la realidad versus la virtualidad de los discursos. No pierden valor por sí mismos ya que la buena calidad y coste efectividad de la AP no está en 'ser' sino en 'estar'. Estar bien encajada con el resto de la asistencia relevante para la salud. Encajar es más que coordinar. No se trata de patrimonializar a los pacientes ('de quienes son'), sino de qué se puede y se está dispuesto a hacer por desde la AP. Profesionales dispuestos, capacitados y con posibilidades de hacer. Capacitación en diagnóstico y conocimiento (también en materia de salud mental, nutrición, maternidad, niños, medicamentos) y contando con los incentivos apropiados para lograrlo.

Buscar el equilibrio entre lo posible y lo probable es la clave para evitar frustraciones. Conocer lo que es posible sería la dimensión de la tarea a valorar.

*Agradezco los comentarios en un primer borrador del Dr. Salvador Peiró y la ayuda en la búsqueda de datos de Marc Casanovas.*

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

