
3. Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya, 2005-2008

Marisol Rodríguez Martínez
Meritxell Solé Juvés
Departament de Política Econòmica
i Estructura Econòmica Mundial
de la Universitat de Barcelona i
Centre de Recerca en Economia del Benestar (CREB)

Índex

Contribucions	4
Agraïments	5
Abreviacions	6
Índex de taules	6
Índex de figures	7
1. Introducció i objectiu	7
2. Antecedents	9
3. Metodologia i fonts d'informació	13
4. Resultats	17
5. Resum i conclusions	32
6. Limitacions i propostes de recerca futura	34
7. Bibliografia	34

Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya, 2005-2008

Contribucions

Aguado Menguy, Françoise	Institut Català de la Salut. Responsable de l'Àrea de Projectes i Avaluació
Álvarez Daroca, Marta	Servei Català de la Salut. Gerent de la Gerència Econòmica i de Sistemes d'Informació
Argenter Giralt, Miquel	Servei Català de la Salut. Director de l'Àrea de Recursos
Argimón Pallas, Josep Maria	Servei Català de la Salut. Gerent de Compra i Avaluació de Serveis Assistencials
Bohigas Santasusagna, Lluís	Departament de Salut. Assessor de la Direcció General de Planificació i Avaluació
Calvo Valencia, Elena	Departament de Salut. Cap del Gabinet Tècnic de la Direcció General de Planificació i Avaluació
Canela Soler, Jaume	Departament de Salut. Gabinet Tècnic de la Direcció General de Planificació i Avaluació
Martín Zurro, Amando	Departament de Salut. Codirector del Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària
de la Puente Martorell, M. Luisa	Departament de Salut. Directora General de Planificació i Avaluació
Sánchez Busqués, Eva	Servei Català de la Salut. Directora de l'Àrea de Patrimoni i Inversions
Pueyo Sánchez, M. Jesús	Departament de Salut. Gabinet Tècnic. Direcció General de Planificació i Avaluació

Agraïments

Azpilicueta Aguilar, Pau	Servei Català de la Salut. Divisió de Compra de Serveis Assistencials
Brosa Linares, Francesc	Servei Català de la Salut. Director de l'Àrea de Serveis i qualitat
Camp Casals, Lourdes	Servei Català de la Salut. Coordinadora operativa del Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària
Casas Puig, Carme	Servei Català de la Salut. Divisió de Compra de Serveis Assistencials
Colls Guerra, Cristina Pastor Fàbregas, Marta Cortés Garcia, Eugènia	Departament de Salut. Gabinet Tècnic. Direcció General de Planificació i Avaluació
Cutillas Castell, Sílvia	Servei Català de la Salut. Àrea de Serveis i Qualitat. Divisió d'Avaluació de Serveis
Díez Betoret, Josep Lluís	Servei Català de la Salut. Àrea de Serveis i Qualitat
Fornies Codina, Eulàlia	Institut Català de la Salut. Àrea de Projectes i Avaluació
Gilabert Perramon, Antoni	Servei Català de la Salut. Gerència d'Atenció Farmacèutica i Prestacions Complementàries
Jodar Solà, Glòria	Departament de Salut. Codirectora del Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària
Llavayol Giralt, Montse	Servei Català de la Salut. Divisió de Compra de Serveis Assistencials
Magem Luque, David	Servei Català de la Salut. Gerència d'Atenció Farmacèutica i Prestacions Complementàries
Martínez Reoyo, Eugenio	Servei Català de la Salut. Divisió de Compra de Serveis Assistencials
Morera Castell, Ramon	Departament de Salut. Codirector del Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària
Palau Corrales, Jaume	Institut Català de la Salut. Àrea de Projectes i Avaluació
Ponsà Asencio, Joan Antoni	Servei Català de la Salut. Divisió d'Avaluació de Serveis.
Teixidó Fontanillas, Josep Anton	Servei Català de la Salut. Divisió de Projectes. Àrea de Servei i Qualitat

Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya, 2005-2008

Abreviacions	Acrònim	Descripció
	AEP	Altres entitats proveïdores
	APiSC	Atenció primària i salut comunitària
	CA	Comunitats autònomes
	CAP	Centre d'atenció primària
	CatSalut	Servei Català de la Salut
	CICS	Classificació Internacional de Comptes de Salut
	COFOG	Classification of Functions of Government
	EAP	Equips d'atenció primària
	GTAGS	Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario
	GTS	Govern territorial de salut
	ICS	Institut Català de la Salut
	IPC	Índex de preus al consum
	OCDE	Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic
	OMS	Organització Mundial de la Salut
	PADES	Programa d'atenció domiciliària-equipos de suport
	PASSIR	Programa d'atenció a la salut sexual i reproductiva
	PIAPiSC	Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària
	RCA	Registre central d'assegurats
	XSUP	Xarxa sanitària d'utilització pública

Índex de taules	Descripció	Títol	Pàg.
Taula 1	Despesa ambulatoria pública total i despesa en el component de serveis mèdics i de diagnòstic bàsics com a percentatge de la despesa pública total en salut. Països seleccionats de l'OCDE, anys 2000 i 2005		x
Taula 2	Despesa total en APiSC per línies de servei i regions, 2005		x
Taula 3	Despesa total en APiSC per línies de servei i regions, 2006		x
Taula 4	Despesa total en APiSC per línies de servei i regions, 2007		x
Taula 5	Despesa total en APiSC per línies de servei i regions, 2008		x
Taula 6	Distribució percentual de la despesa per línies de servei a cada regió, 2007		x
Taula 7	Taxes de creixement de la despesa en APiSC, 2005-2008		x
Taula 8	Evolució de la despesa en APiSC respecte de la despesa total de CatSalut, 2005-2008		x
Taula 9	Distribució percentual de la despesa en APiSC per proveïdor i línies de servei, 2005-2008		x
Taula 10	Distribució percentual de la despesa en APiSC per tipus de proveïdor i regions, 2005-2008		x
Taula 11	Evolució de la població assignada i dels percentatges de participació en la despesa, per regions, 2005-2008		x
Taula 12	Despesa per persona assignada, per línies de servei i regió, 2007		x
Taula 13	Dades d'equipament, activitat i despesa per visita i recepta dels EAP, 2007		x

Índex de figures	Descripció	Títol	Pàg.
Figura 1	Pes dels serveis d'atenció primària en el conjunt de la despesa consolidada de les CA el 2005		x
Figura 2	L'abast de l'APiSC		x
Figura 3	Evolució de la despesa en APiSC respecte de la despesa total de CatSalut, 2005-2008, segons el diferent abast de les línies de servei		x
Figura 4	Participació de cada línia de servei en la despesa en APiSC, sense farmàcia, en el cas de l'ICS i de les altres entitats proveïdores, 2007		x
Figura 5	Pes relatiu de l'ICS dins de la despesa en APiSC a les diferents regions sanitàries		x
Figura 6	Evolució de la despesa per persona assignada a cada regió		x

1. Introducció i objectiu

Trenta-dos anys després de la Conferència d'Alma-Ata, l'atenció primària de salut és novament el centre d'interès d'algunes organitzacions internacionals, de molts ministeris de salut i de diverses revistes de l'àmbit mèdic. Així, l'Informe 2008 de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) té l'expressiu títol *Atenció primària de salut: més necessària que mai*, amb el qual l'OMS advoca perquè els sistemes sanitaris d'arreu del món tornin a posar l'èmfasi en el primer nivell assistencial (OMS, 2008). A Espanya, el Ministeri de Sanitat i Política Social va endegar fa uns anys un procés de reflexió que va desembocar en el document *Atención primaria de salud del siglo XXI*, més conegut com a projecte AP-21, en què es plantegen les estratègies per a una nova reforma de l'atenció primària (Ministerio de Sanidad, 2006). Quant a les revistes, podem citar el *New England Journal of Medicine*, que a finals de 2008 va dedicar un espai especial per debatre els greus problemes que afecten actualment l'atenció primària als Estats Units (Lee *et al.*, 2008). Un dels principals problemes és el desequilibri entre l'atenció primària i els serveis especialitzats, ja que es calcula que més de la meitat de les visites a especialistes són per seguiment rutinari. A Espanya, la revista *Gestión Clínica y Sanitaria* va recollir en el número de la primavera de 2008 un interessant debat en dos articles en els quals s'avalua -amb un signe bastant diferent- la reforma de 1984, es fa un diagnòstic dels reptes i problemes actuals i es formulen propostes respecte al camí que hauria de seguir l'atenció primària a Espanya en el nou segle (Borrell Carrió, Gené Badia, 2008; Gèrvas, Pérez Fernández, 2008).

El Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya no és aliè a aquestes inquietuds d'evolució del nostre sistema sanitari i de la necessitat permanent d'adaptació a l'entorn canviant i, amb aquesta finalitat, l'any 2007 la Direcció de Planificació i Avaluació fa l'encàrrec a un grup d'experts de treballar en l'anomenat **Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària (PIAPiSC)**. Es tracta d'un pla d'innovació que fomenta l'atenció primària com a element nuclear del sistema sanitari en el seu paper de primer nivell d'atenció a la ciutadania, i també com a dipositària del continuïum assistencial de les accions de promoció, prevenció, assistència i rehabilitació dutes a terme en altres línies i nivells assistencials per les institucions i els professionals sanitaris en el marc territorial.

Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya, 2005-2008

Les accions més innovadores s'adrecen a:

- Orientar el sistema sanitari cap a les necessitats de la població i promoure la participació i la coresponsabilització en la cura de la pròpia salut.
- Disposar d'un model d'atenció en xarxa que afavoreixi noves dinàmiques de treball entre els professionals i que permeti una integració funcional de serveis centrada en els ciutadans.
- Promoure el desenvolupament professional continu i individual sota el principi de subsidiarietat que permeti un nou equilibri de competències del conjunt dels professionals.
- Potenciar el paper dels professionals en la presa de decisions.
- Introduir canvis en la gestió de serveis, fent ús de les noves tecnologies i altres mesures per millorar l'autonomia de gestió dels centres i la qualitat de l'atenció a la ciutadania.
- Introduir a l'oferta de serveis d'atenció primària i salut comunitària (APISC) les intervencions comunitàries que han demostrat ser rendibles.
- Redimensionar els centres des de la perspectiva del centre de salut integrat.
- Contribuir a definir criteris de finançament, compra, contractació i avaluació que tinguin en compte la integració funcional de serveis i professionals en el territori.

El Pla d'innovació no conté una memòria econòmica. De fet, a les estadístiques oficials hi ha una certa confusió al voltant de les xifres de despesa en atenció primària perquè el criteri de denominació i les magnituds incloses han experimentat algunes variacions en el passat, de manera que en aquests moments no hi ha una idea precisa de quan es gasta en atenció primària ni quin percentatge suposa respecte del total de la despesa sanitària. El criteri de classificació es basava fins fa un temps en la noció d'atenció extrahospitalària, és a dir, es comptabilitzaven totes aquelles activitats assistencials que es feien fora de l'hospital, excepte la farmàcia. Tanmateix, en els darrers anys la xifra que se sol utilitzar inclou només la despesa dels equips d'atenció primària (EAP), és a dir, la visió més restringida de la despesa en atenció primària.

Aquest treball té com a objectiu omplir aquest buit i oferir un càlcul detallat de la despesa en atenció primària tot utilitzant una visió flexible dels serveis que agrupa. D'aquesta manera, l'estudi pretén identificar i analitzar estadísticament totes aquelles partides de despesa del Servei Català de la Salut (CatSalut) que s'inclouen o són susceptibles de ser incloses dins d'un concepte d'APISC ampli, i acostar-se al criteri proposat pel Pla d'innovació. La despesa es desglossa per línies de servei, per regions i segons el tipus de proveïdor. També es calculen les taxes de creixement del període 2005-2008 i se'n fa una primera anàlisi. Tot seguit es relaciona la despesa amb diverses variables i indicadors

-com ara la població i l'activitat- per tal d'aportar nous coneixements i noves conclusions en aquest camp.

L'estimació i l'anàlisi de la despesa en atenció primària pot ser una eina molt útil per documentar l'estat de la qüestió a Catalunya i complementar el pla esmentat. Entre altres coses, permetrà obtenir una noció de la importància relativa de les diferents facetes de l'APISC així com de l'evolució recent i servirà per orientar la planificació i l'elaboració de les polítiques futures. No oblidem que, en general, el volum de finançament es correlaciona amb l'accés, la qualitat, l'amplitud de les prestacions i l'equitat (Kringos, Boerman *et al.*, 2010).

2. Antecedents

La font de consulta més habitual pel que fa a estudis i xifres de despesa sanitària als països desenvolupats és l'OCDE (Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic); en concret la seva base de dades: OECD-Health Data, que s'actualitza periòdicament. Aquesta és l'eina més utilitzada per investigadors i polítics a l'hora de fer comparacions internacionals. Lamentablement, però, no existeix cap epígraf anomenat atenció primària en aquesta base de dades. L'OCDE no utilitza mai aquest concepte i sempre parla de despesa en **atenció ambulatoria** (*out-patient care*), que defineix, seguint la Classificació Internacional de Comptes de Salut (CICS), de la manera següent:

“Comprèn tots els serveis mèdics i paramèdics prestats a pacients ambulatoris. Als pacients ambulatoris no se'ls admet formalment en un establiment sanitari ni hi pernocten. Un pacient ambulatori és, per tant, una persona que va a un establiment sanitari per a una consulta o un tractament, i que abandona l'establiment poques hores després del començament de la consulta sense haver estat 'admès' a l'establiment com a pacient.”

La despesa en atenció ambulatoria comprèn quatre epígrafs: els serveis mèdics i de diagnòstic bàsics, els serveis dentals, l'atenció especialitzada prestada a pacients ambulatoris, que inclou la salut mental i les teràpies contra les drogodependències i la cirurgia ambulatoria, i altres despeses.

Una simple consulta a la versió de 2008 d'aquesta base de dades de seguida posa en relleu la **variabilitat enorme** dels percentatges de despesa en atenció ambulatoria pública respecte del total de la despesa pública en salut als diferents països. Tal com es pot veure a la **taula 1**, el 2005 el ventall anava des d'un 13,8% a Noruega fins a un 40,5% als Estats Units, passant per un 24,3% a Espanya. Deixant de banda algunes diferències que es puguin explicar perquè la cartera de serveis ambulatoris públics no és igual a tot arreu, una variabilitat tan gran és un clar indicador que, malgrat els esforços d'homogeneïtzació de l'OCDE, no tots els països entenen el mateix, o comptabilitzen el mateix sota la categoria d'*atenció ambulatoria*. Per exemple, les consultes externes fetes als hospitals, que segons la definició que acabem de veure s'haurien de comptabilitzar aquí, a alguns països es comptabilitzen juntament amb la despesa hospitalària (*in-patient care*).

Taula 1: Despesa ambulatoria pública total i despesa en el component de serveis mèdics i de diagnòstic bàsics com a percentatge de la despesa pública total en salut. Països seleccionats de l'OCDE, anys 2000 i 2005

País	Despesa ambulatoria		Despesa en serveis mèdics i de diagnòstic bàsics	
	2000	2005	2000	2005
Alemanya	21,60	19,80	7,10	6,20
Austràlia	34,00	31,20	10,30	17,10
Àustria	22,50	22,00	17,60	17,80
Canadà	21,80	22,30	5,40	4,80
Corea	32,60	32,40	28,40	26,10
Dinamarca	24,50	s.d.	11,40	s.d.
ESPANYA	34,70	24,30	34,70	13,10
Estats Units	39,60	40,50	17,30	17,00
Finlàndia	23,90	23,60	9,00	8,00
França	18,70	14,10	12,00	9,10
Itàlia	28,10	29,70	s.d.	s.d.
Japó	31,80	31,60	25,50	25,80
Noruega	13,30	13,80	11,20	6,00
Nova Zelanda	s.d.	21,80	s.d.	18,10
Països Baixos	20,00	s.d.	s.d.	s.d.
Regne Unit	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.
Suècia	23,80	30,80	s.d.	7,30

Font: OECD-Health Data, 2008.
s.d. Sense dades

Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya, 2005-2008

Fins i tot la despesa a l'epígraf de serveis mèdics i de diagnòstic bàsics, que té una definició més restrictiva, presenta una variabilitat tant o més gran. Des del Canadà, on aquests serveis suposen el 4,8% de tota la despesa sanitària pública, fins al Japó, amb una xifra quasi quatre vegades més alta: el 25,8% (13,1% en el cas d'Espanya). De nou, és difícil pensar que tots els països comptabilitzen les mateixes coses en aquesta categoria. Per exemple, a Espanya segur que inclou l'assistència pediàtrica, perquè els pediatres formen part dels EAP, però en altres països, com ara Dinamarca, on aquests professionals es consideren especialistes, segurament apareix com a despesa en atenció especialitzada. També pot passar el contrari als països on els metges de capçalera no fan de filtre (*gatekeeper*) i els especialistes són sovint el primer punt de contacte per als pacients. En aquests casos és molt probable que la seva activitat es comptabilitzi com a **serveis mèdics i de diagnòstic bàsics** i no a l'apartat d'atenció especialitzada. Una de les raons que dificulten l'homogeneïtat de criteris a l'hora de comptabilitzar aquestes despeses és que l'atenció primària es presta sota configuracions organitzatives, financeres, professionals i de governança molt diferents arreu del món industrialitzat (Saltman, Rico, Boerma, 2005) i, sovint, la comptabilitat de les despeses segueix el criteri de l'estructura o l'organització que les fa, més que la funció que compleixen.

Tampoc no hi ha un patró clar pel que fa a la diferència entre el percentatge de despesa ambulatoria total i el percentatge gastat en serveis mèdics bàsics. Per exemple, en el cas de França, sembla que una gran part de la despesa ambulatoria està integrada per la despesa en serveis mèdics, amb una diferència relativament petita entre ambdós percentatges, però en el cas del Canadà o Suècia, les diferències són molt grans. Aquest fet apunta, una vegada més, que les definicions utilitzades no són homogènies. Finalment, veiem que hi ha països tan emblemàtics en el camp de l'atenció primària com ara el Regne Unit o els Països Baixos que no consignen pràcticament cap xifra, i tampoc no hem trobat dades en cap altre font alternativa disponible a Internet. En conclusió,

Les dades de l'OCDE no són una font vàlida com a referència per fer comparacions de despesa en atenció primària a escala internacional, perquè sovint les despeses es comptabilitzen seguint el criteri de l'estructura o l'organització que les fa (que és diferent als diferents països), més que per la funció que compleixen.

Pel que fa a Espanya, l'estudi més rigorós i solvent que existeix sobre la despesa sanitària pública és el que fa el Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario (GTAGS). L'estudi pren com a base metodològica l'estadística de despesa sanitària pública que elabora el Ministeri de Sanitat i Política Social. Es tracta d'un compte satèl·lit de la comptabilitat nacional basat en la classificació de les funcions de les administracions públiques (més coneguda com a COFOG, per les seves sigles en anglès *Classification of Functions of Government*). Els comptes satèl·lit combinen conceptes de comptabilitat nacional amb conceptes de la classificació funcional i econòmica de la despesa i, d'aquesta manera, s'obté una estructura descriptiva de les interrelacions entre els diferents components.

Dins de la classificació funcional, la categoria que aquí ens interessa és l'anomenada **serveis primaris de salut**, que es defineix de la manera següent:

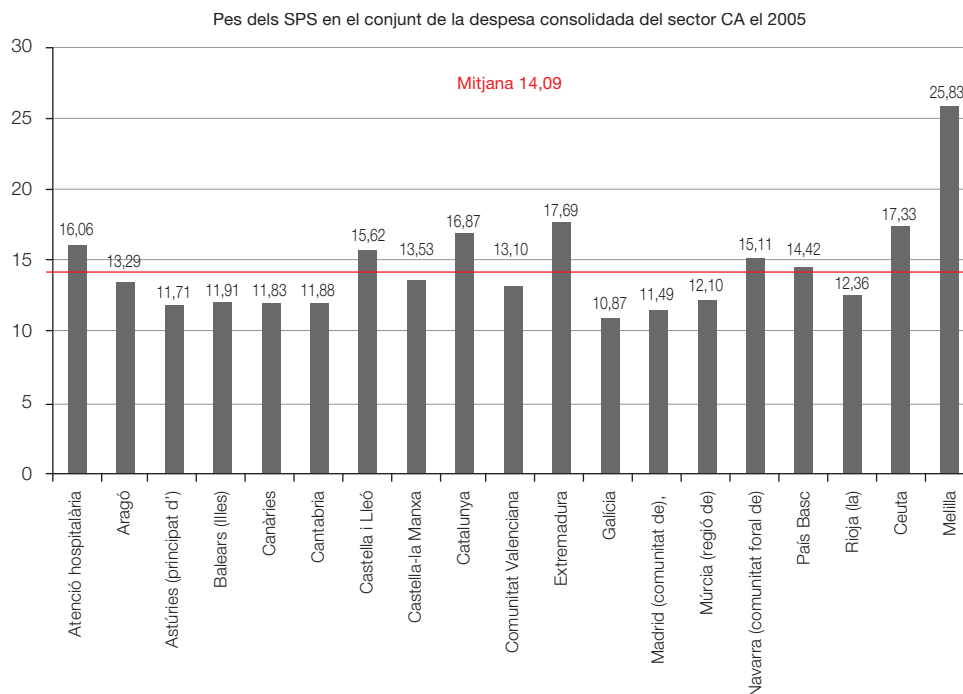
“Recull l'activitat assistencial duta a terme per metges de família, pediatres, infermers i altre personal sanitari i no sanitari encaminada a aconseguir el manteniment i la millora de la salut en el primer nivell d'assistència sanitària, tant en centres de salut com en qualsevol tipus de consultoris urbans o rurals o en els domicilis dels pacients. En conseqüència,

s'inclouen les despeses efectuades en: 1) serveis d'urgència o d'atenció continuada extra-hospitalària, activitats d'extracció perifèrica i transport de mostres clíniques, mitjans bàsics per al diagnòstic i salut bucodental efectuats amb càrrec pressupostari en aquest nivell assistencial; 2) activitats de planificació familiar, salut mental, fisioteràpia o rehabilitació, treball sociosanitari i activitats preventives generals o específiques segons l'edat i el sexe (vacunacions, exàmens de salut, informació i educació sanitària) dutes a terme en atenció primària; 3) administració de tractaments, cures i cirurgia menor, i 4) despeses de les estructures de gestió necessàries per al desenvolupament de l'activitat assistencial (equips de direcció i gestió de les àrees o gerències d'atenció primària i personal administratiu que en depèn, ja sigui propi o contractat externament). Així mateix, s'inclouen les despeses efectuades en activitats pròpies d'atenció primària prestada amb recursos patrimonials aliens a l'entitat que finança l'assistència (concerts). Aquests concerts es poden subscriure amb professionals, institucions o empreses que siguin de titularitat pública o privada.”

Potser el millor resum d'aquesta llarga definició és que **es considera com a atenció primària tot el que es fa a “primària”**.

La figura 1, reproduïda de la darrera edició (2007) de l'estudi del GTAGS, mostra el pes dels serveis d'atenció primària dins del conjunt de la despesa executada per les comunitats autònomes (CA). Les CA són responsables del 91% de tota la despesa sanitària pública; les corporacions locals, les mutualitats de funcionaris i altres organismes més petits executen el 9% restant, segons aquest estudi.

Figura 1: Pes dels serveis d'atenció primària en el conjunt de la despesa consolidada de les CA el 2005



Es pot observar que, com a mitjana, els serveis primaris de salut suposaven el 14,09% de la despesa de les CA l'any 2005. Tanmateix, hi ha força variabilitat entre comunitats; el percentatge destinat a l'atenció primària varia entre un 10,87%, a Galícia, i un

Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya, 2005-2008

17,69%, a Extremadura. Catalunya està per sobre de la mitjana, amb un 16,87% de despesa en salut dedicada a l'atenció primària. A l'estudi també es posa en relleu que la taxa de creixement de la despesa en atenció primària entre 1999 i 2005 va ser un xic més baixa que la de la despesa hospitalària i especialitzada i bastant més baixa que la de la despesa farmacèutica.

Una de les conclusions de l'estudi és que la variable central per explicar la variabilitat entre CA és la població protegida. També s'observa una correlació entre el nombre de metges d'atenció primària i el volum de despesa, si bé aquesta relació no es manté quan es tracta de la despesa per persona.

Ara bé, malgrat que l'estudi del GTAGS presenta un criteri homogeni de comptabilitat de la despesa en atenció primària, aquesta homogeneïtat no s'observa quan es comparen els pressupostos originals de les diferents CA. Hem fet una petita cerca a les comunitats d'Andalusia, Madrid, Galícia i Navarra i, si bé sembla que hi ha una voluntat comuna de fomentar i millorar l'atenció primària i una homogeneïtat raonable pel que fa als serveis que s'ofereixen als ciutadans, la inclusió d'aquests serveis en unitats organitzatives més generals -atenció primària, atenció especialitzada, etc.- està lluny de seguir un criteri homogeni.

El Reial decret 1030/2006, de 15 de setembre, estableix la cartera de serveis mínims comuns al Sistema Nacional de Salut i, en particular, la cartera de serveis comuns d'atenció primària, de manera que es limiten les diferències possibles entre CA. Normalment, les CA segueixen aquesta norma per definir els seus serveis d'atenció primària, però és dubtós que aquesta definició sigui la que després s'utilitza per delimitar la despesa en atenció primària. El problema rau en la manca d'un criteri homogeni en l'elaboració de pressupostos pel que fa als serveis sanitaris i això es nota especialment en la comptabilitat de la despesa en atenció primària. Les diferències en l'estructura dels pressupostos -que segurament responen a diferències organitzatives- fan difícil trobar equivalències i comparar les diferents concepcions d'atenció primària.

Els serveis d'atenció primària que s'ofereixen als ciutadans de les diferents CA semblen prou homogenis. Tanmateix, no hi ha homogeneïtat de criteri pel que fa a la configuració organitzativa ni a l'assignació pressupostària, cosa que dificulta enormement les comparacions de despesa en atenció primària entre CA.

Per exemple, algunes CA, com ara Andalusia, no inclouen cap capítol o programa anomenat *atenció primària* en els seus pressupostos, de manera que els serveis que inclou l'atenció primària i la despesa que absorbeix s'han de comptabilitzar sumant altres partides o bé estimant un tant per cent de participació en partides més generals. A altres CA, com ara Madrid, els pressupostos sí que fan menció explícita de la despesa destinada a l'atenció primària. Tanmateix, més enllà de la menció explícita o no de l'atenció primària en els pressupostos, l'extensió del concepte no és homogènia entre CA i és aquest fet el que dificulta encara més les comparacions.

Això provoca que, a la pràctica, circulin com a mínim quatre definicions d'atenció primària: la recollida pel GTAGS, la que cada CA utilitza per comptabilitzar la despesa en atenció primària en els seus pressupostos, la que queda reflectida al Reial decret de 2006 i, a vegades, la que es publica des de les mateixes CA, afegint serveis a la cartera mínima fixada pel Reial decret.

3. Metodologia i fonts d'informació

Concepte d'APiSC

En general, totes les definicions d'atenció primària (i salut comunitària) prenen com a punt de partida la definició adoptada a la Conferència d'Alma-Ata de 1978.

“Assistència sanitària essencial basada en mètodes i tecnologies pràctics, científicament fonamentats i socialment acceptables, que es posa a l'abast de tots els individus i famílies de la comunitat mitjançant la seva plena participació i a un cost al qual poden fer front la comunitat i el país, en totes i cadascuna de les etapes del seu desenvolupament amb un esperit d'autoresponsabilitat i autodeterminació. L'atenció primària forma part integrant, tant del sistema nacional, del qual constitueix la funció central i el nucli principal, com del desenvolupament social i econòmic global de la comunitat. Representa el primer nivell de contacte dels individus, la família i la comunitat amb el sistema nacional de salut, facilitant tant com sigui possible l'atenció de salut al lloc on viuen i treballen les persones, i constitueix el primer element d'un procés permanent d'assistència sanitària.”

Font: OMS, punt VI de la Declaració d'Alma-Ata (1978)

Des d'aleshores, s'ha intentat conceptualitzar i s'ha escrit molt sobre el tema, però contràriament al que es podria esperar, encara hi ha força controvèrsia al voltant dels termes *atenció primària* i *atenció primària de salut*, sobretot a Europa (Saltman, Rico, Boerman, 2005). Aquesta controvèrsia segurament reflecteix la diversitat empírica del sector de l'atenció primària al continent.

Segons els autors anteriors, l'atenció primària té dos trets principals:

1. Un enfocament **generalista** de la malaltia, que fa referència, d'una banda, al coneixement interdisciplinari i transversal necessari als serveis d'atenció primària i, de l'altra, a una perspectiva de salut centrada en la persona. En canvi, els serveis especialitzats se centren en els òrgans o les malalties, amb coneixements i serveis que hi estan *especialitzats* (cardiologia, pneumologia, etc.).
2. És el **primer punt de contacte** o **primer nivell d'atenció**. La idea de *primer punt de contacte* posa en relleu que, normalment, és el primer lloc d'accés a l'atenció mèdica per a la població. D'altra banda, ser el *primer nivell* vol dir que l'atenció es presta en establiments sanitaris on no hi ha internament dels pacients (mentre que en els nivells secundari i terciari sí que n'hi ha). També vol dir que es tracta del primer pas en el procés d'atenció mèdica, sense que necessàriament l'hagin de seguir altres passos.

Com que cap de les dues característiques són exclusives de l'atenció primària, el que la distingeix, segons els autors, és que combina ambdós trets. En efecte, Saltman, Rico i Boerman consideren que el nucli dur de l'atenció primària són els professionals de salut o relacionats amb la salut que tenen a la vegada una aproximació generalista i un paper de punt de primer contacte prioritari de la majoria de la població i els problemes de salut. L'àrea d'influència de l'atenció primària estaria constituïda, o bé pels professionals la disciplina dels quals té un enfocament generalista de la salut, o bé pels qui actuen com a primer contacte per a la població.

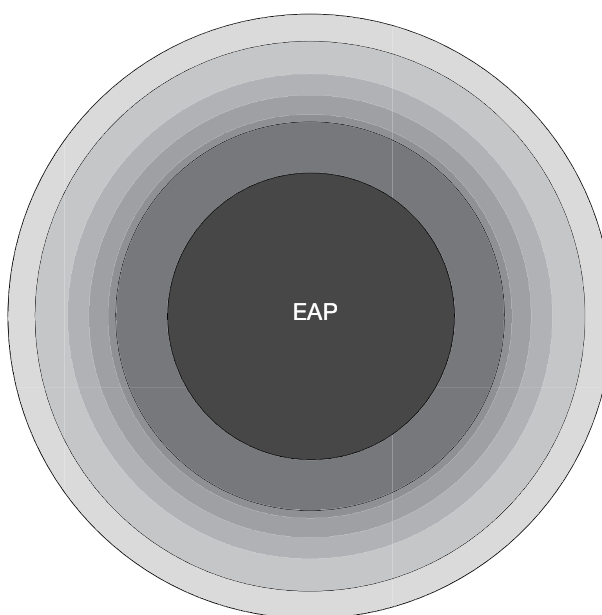
Al Pla d'innovació no hi ha una definició formal d'APiSC, però la idea darrera el concepte de **xarxa sanitària d'utilització pública (XSUP) en l'àmbit del govern territorial de salut (GTS)** és la d'una atenció primària integradora, que incorpora a l'atenció familiar i comunitària altres línies d'atenció especialitzada de no-internament presents en el territori. De fet, salut comunitària significa que la salut o la malaltia individual s'aborda en el context social i comunitari, fet que facilita la prestació d'una atenció coordinada, continuada i longitudinal. Aquesta idea és similar al paper que l'últim informe de l'OMS

Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya, 2005-2008

atorga a l'atenció primària com a "centre d'operacions" (*hub*) des del qual es coordina una gran part dels serveis sanitaris que necessita la població. Els professionals d'atenció primària actuen com a informadors i intermediaris, i mobilitzen altres serveis comunitaris per a la població de referència.

En aquest estudi tenen cabuda totes les visions possibles, des d'una atenció primària entesa únicament com a l'activitat que fan els EAP, fins a una visió de l'atenció primària més àmplia i integradora, de "centre d'operacions", que a més dels EAP inclou d'altres serveis que es deriven de la seva activitat o hi estan directament connectats, o que també poden ser el primer punt de contacte per als ciutadans. Una manera gràfica de recollir i representar aquesta idea és mitjançant cercles concèntrics que s'amplien a mesura que afegim serveis al nucli dels EAP (**figura 2**). D'aquesta manera, la frontera entre el que es considera atenció primària i el que no es pot traçar allà on es vulgui, i la grandària del cercle augmentarà o disminuirà segons la definició adoptada.

Figura 2: L'abast de l'APiSC



EAP + proves complementàries + PADES + ASSIR + rehabilitació + salut mental + transport sanitari + Sanitat Respon + farmàcia

Des d'aquest punt de vista ampli, incloem i recollim dades de despesa de les nou línies de serveis¹ següents:

Atenció primària i derivats

1. EAP: formats per metges de família, pediatres, infermers, assistents socials i personal administratiu de suport. Les xifres inclouen l'atenció continuada que, a la ciutat de Barcelona, presta el Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM).

¹ Es va considerar la possibilitat d'incorporar també l'atenció especialitzada ambulatoria, però finalment es va decidir que aquest tipus de servei es pot assimilar a les consultes externes dels hospitals i, per tant, s'hauria d'estudiar a part.

2. **Proves complementàries:** principalment de laboratori i radiologia. Com que no les hem pogut separar, les xifres inclouen tant les proves prescrites pels metges dels EAP com les prescrites pels especialistes que visiten als centres d'atenció primària.
3. **Programa d'atenció domiciliària-equips de suport (PADES):** són unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries que tenen com a objectiu oferir atenció continuada a la comunitat, ser un element de suport per als professionals de l'atenció primària i de les unitats bàsiques d'assistència social i servir de connexió entre els diferents recursos assistencials. Estan constituïts com a mínim per un metge o una metgessa, dos o tres infermers o infermeres i un treballador o treballadora social.

Serveis comunitaris

4. **Programa d'atenció a la salut sexual i reproductiva (PASSIR):** és un servei d'activitats assistencials i educatives relacionades amb l'orientació i la planificació familiar, el control i el seguiment de l'embaràs, la prevenció i l'assistència de malalties de transmissió sexual, la prevenció i el diagnòstic precoç del càncer ginecològic i de mama, l'atenció específica i confidencial als joves, el suport psicològic en salut sexual i reproductiva, etc.
5. **Rehabilitació:** inclou els serveis de rehabilitació ambulatoria, rehabilitació domiciliària i logopèdia contractats pel CatSalut, tant a hospitals com a altres centres no hospitalaris. Les tarifes, a partir de 2006, són per procés en comptes de per sessions. En el cas de l'Institut Català de la Salut (ICS), les dades s'han estimat aplicant les mateixes tarifes que a la resta de proveïdors, encara que no se'l pagués a part. L'activitat extrahospitalària de rehabilitació de l'ICS per als anys 2007 i 2008 s'ha estimat suposant una taxa de creixement respecte a 2006 igual a la de la resta de proveïdors.
6. **Serveis de salut mental ambulatoris:** prestats per equips multidisciplinaris compostos per psiquiatres, psicòlegs, treballadors socials i personal d'infermeria.

Línies comunes

7. **Transport sanitari:** s'hi inclou tant el transport programat com el transport urgent. El programat és la suma del transport vinculat als serveis de rehabilitació més el generat directament pels EAP. El transport urgent s'origina majoritàriament al carrer o als domicilis particulars. El desglossament per regions s'ha fet seguint les proporcions del transport imputable directament als EAP, l'única partida per a la qual hi ha informació desglossada per regions. L'any 2006 es va produir un canvi en la manera de contractar el transport programat i es va fer el desplegament del model de transport sanitari urgent, motiu pel qual als resultats s'observa un increment sobtat i molt alt d'aquestes despeses per a aquest any.
8. **Sanitat Respon:** es tracta d'un servei d'atenció i orientació als ciutadans que proporciona informació general sobre prestacions del sistema, guia de centres, cita prèvia i altres procediments administratius, a més de consell i informació sobre diversos problemes de salut com ara la grip, les vacunacions, els medicaments, els consells per deixar de fumar, el seguiment de malalts fràgils, etc. No es disposa de dades de despesa per regions d'aquest servei, motiu pel qual el repartiment s'ha fet en funció de la població.
9. **Farmàcia:** és a dir, medicaments prescrits per professionals que presten els seus serveis a qualsevol de les línies de servei anteriors. El cost de les vacunes no està inclòs, ja que al Departament de Salut es comptabilitza sota la despesa en salut pública.

La consideració de la farmàcia no hospitalària com a part de la despesa en APiSC és la decisió més controvertida i la principal diferència entre el nostre concepte d'APiSC i el concepte de serveis primaris de salut que utilitza l'estadística de despesa sanitària

Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya, 2005-2008

pública del Ministeri de Sanitat i Política Social. Creiem, tanmateix, que la seva inclusió està plenament justificada atès el caràcter de bé complementari que tenen els medicaments envers les visites mèdiques de primer nivell, i atès també que és una despesa prescrita pels professionals del primer nivell (principalment els metges dels EAP), de la qual ells fan el seguiment. La seva exclusió fins ara obeeix més a qüestions de tradició que a raons conceptuals.

Període i fonts d'informació

L'estudi té en compte únicament la despesa sanitària pública. El període analitzat són els quatre anys que van de 2005 a 2008. Les dues fonts principals d'informació han estat l'ICS que, com a hereu de l'antiga Seguretat Social administra i presta la major part dels serveis d'atenció primària a Catalunya, i el CatSalut, com a entitat compradora de serveis d'APiSC a la resta de proveïdors arreu del territori (als quals ens referirem com a *altres entitats proveïdores*, les AEP).

Tota la informació relativa a l'ICS ens l'ha subministrada la Divisió d'Atenció Primària, que comprèn unitats productives de salut mental, atenció a la salut sexual i reproductiva, atenció a pacients immobilitzats al domicili que requereixen un suport especial, rehabilitació, etc., a més dels EAP en sentit estricte. Les dades de despesa efectuada per les AEP ens les ha facilitades l'Àrea de Serveis i Qualitat del CatSalut. La informació sobre despesa farmacèutica ens la va proporcionar la Gerència d'Atenció Farmacèutica i Prestacions Complementàries del CatSalut.

Quant a la població, hem utilitzat les dades de població assignada que consten al registre central d'assegurats (RCA) del CatSalut (Departament de Salut), als talls oficials de 2005-2008. Hi ha petites diferències amb la població assegurada (amb cobertura) perquè no tota la població té la prestació d'atenció primària a càrrec del CatSalut i, per tant, no té assignació d'EAP. La població assignada a un determinat EAP poden ser les persones residents a l'àrea bàsica de salut (ABS) corresponent, o les persones residents en altres ABS que han fet una elecció expressa (per motiu de proximitat de la feina, etc.).

D'altra banda i, en el cas de l'ICS, que es regeix per un pressupost anual, les xifres es refereixen al tancament del pressupost; és a dir, **són xifres de despesa realment efectuada**, excepte per a l'any 2008, en què la xifra total s'ha estimat a partir de la despesa efectuada fins al mes d'octubre de 2008. Pel que fa a la resta de proveïdors i, especialment en el cas dels EAP, es tracta de les dades dels contractes establerts amb els proveïdors esmentats cada any. Les desviacions respecte del contracte, en cas d'haver-n'hi, són mínimes, i no les hem tingut en compte.² En el cas d'algunes altres línies de servei, com ara el transport sanitari o la rehabilitació, les dades no eren tan sòlides i hem hagut de fer les estimacions o imputacions més raonables.

²No s'inclouen les despeses en inversions portades a terme sota alguna de les figures legals de col·laboració públic-privat d'aparició recent, com ara els drets de superfície. Hi ha diversos CAP la construcció dels quals s'està tramitant per aquesta via, però encara no disposem de dades.

Classificació de les despeses

Les dades s'han recollit i es presenten de manera força desglossada, per tal de facilitar l'anàlisi detallada de la despesa. S'han fet tres classificacions principals:

1. Per línies de servei, amb un total de nou, més una partida d'estructura en el cas de l'ICS no imputable a cap servei en concret.
2. Per tipus de proveïdor, distingint entre ICS i AEP.
3. Per regió sanitària, set en total.

Les taules de resultats es presenten combinant dos o més criteris de classificació per a cada any, o bé l'evolució del període. No obstant això, com que l'objectiu principal de l'estudi és estimar la despesa en APiSC segons la concepció àmplia de serveis descrita anteriorment, la classificació per línies de serveis és la que tindrem més en compte.

4. Resultats

Les **taules 2 a 5** presenten les dades bàsiques. Hi apareix la despesa efectuada en cada línia de servei i en cada regió separatament per a cadascun dels anys, de 2005 a 2008. A partir d'aquestes taules es poden fer una sèrie de càlculs i anàlisis, com ara la importància relativa dels diferents tipus de serveis a cada regió (percentatges per files), o com està distribuïda la despesa d'una línia de servei determinada entre les diferents regions (percentatges per columnes). A tall d'exemple, la **taula 6** mostra la importància relativa de les diferents línies de servei a cada regió l'any 2007.³ Les despeses d'estructura -corresponents a l'ICS- s'han mantingut separades en comptes d'imputar-les als diferents serveis de manera proporcional per no desvirtuar les xifres de despesa dels serveis esmentats, tal com se'ns van facilitar.

Algunes grans dades per recordar són:

- La despesa en APiSC està al voltant dels 3.400 milions d'euros.
- En receptes de farmàcia es gasten aproximadament 1.700 milions d'euros.
- Els EAP absorbeixen uns 1.150 milions d'euros.
- El transport sanitari és la tercera línia de servei en importància, amb 160 milions d'euros.
- A les proves complementàries i a la salut mental es destinen gairebé 110 milions d'euros en cada cas.
- El PASSIR rep 60 milions d'euros.
- La rehabilitació suposa una despesa de 55 milions d'euros, aproximadament.
- En el programa PADES es gasten uns 20 milions d'euros.
- El servei Sanitat Respon costa 7 milions d'euros.

Comprovem, en primer lloc, que a totes les regions la farmàcia és el servei que més proporció de la despesa absorbeix. Tanmateix, com que el seu creixement és inferior a la mitjana, el pes de la farmàcia disminueix al llarg del període a favor, principalment,

³No hem escollit l'any 2008, encara que sigui més recent, perquè tal com s'ha dit a la metodologia, al moment de recollir les dades, en alguns casos, tan sols arribaven fins al tercer trimestre, motiu pel qual la despesa corresponent als darrers mesos de 2008 són xifres estimades i la despesa final d'aquest any podria experimentar variacions. A més, les darreres dades publicades sobre metges als EAP per regions que utilitzem en l'última taula es refereixen també a 2007.

Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya, 2005-2008

dels EAP. A partir de les **taules 2 a 5** és fàcil comprovar que al conjunt de Catalunya la farmàcia representava el 55,7% de la despesa l'any 2005, i que aquest percentatge va baixar al 50,5% l'any 2008. Les regions on la farmàcia representa una proporció relativament més gran són les Terres de l'Ebre i Barcelona, i on representa proporcions més baixes és a la Catalunya Central, al Camp de Tarragona, Girona i, sobretot, a l'Alt Pirineu i Aran. En el cas de l'Alt Pirineu i Aran, com veurem més avall (**taules 12 i 13**), la despesa per persona així com el nombre de receptes i el cost per recepta és similar, o un xic més alt, que la mitjana de Catalunya; per tant, el seu baix percentatge (37,43% l'any 2007, taula 6) es deu més aviat a l'efecte diferencial del transport sanitari, que suposa un percentatge molt més alt de la despesa que a la resta de regions.

En contrapartida, els EAP augmenten la seva importància des del 30,8% de la despesa que representaven el 2005 fins a gairebé el 35% l'any 2008. Per regions, els EAP tenen més pes a Girona, al Camp de Tarragona i a la Catalunya Central; i per la part de sota destaca la regió de Barcelona, amb percentatges de despesa en EAP molt més baixos (al voltant del 31%) que a les regions esmentades. Caldria investigar quins factors expliquen aquestes diferències.

Un 85% de la despesa en APiSC es destina a EAP i prestacions farmacèutiques.

Les proves complementàries (que representen aproximadament el 3,5% de la despesa) perden pes en el conjunt de la despesa en atenció primària i ho fan particularment a Barcelona, la regió on aquesta línia de servei absorbeix un percentatge més alt de la despesa. Amb la informació de què disposem no es pot determinar si aquesta pèrdua de pes es deu a un creixement menor del nombre de proves que s'efectuen o a una millora de l'eficiència que hagi abaratit els preus d'algunes d'aquestes proves. En tot cas, és interessant remarcar que, per exemple, l'any 2007, per cada 10 euros gastats en EAP es gastava 1 euro en proves complementàries. Malgrat tot, hi ha una gran variabilitat entre regions, fet que en aquest estudi no s'ha pogut investigar.

Taula 2: Despesa total en APiSC per línies de servei i regions, 2005

	Atenció Primària			Serveis Comunitaris			Línies Comunes				Total
	EAP	Proves complementàries	PADES	PASSIR	Rehabilitació	Salut Mental	Transport Sanitari	Sanitat Respon	Farmàcia	Estructura	
Alt Pirineu i Aran	9.553,81	325,64	183,96	130,53	183,74	751,21	4.186,86	40,85	14.580,09	45,13	29.981,82
Lleida	48.137,93	1.774,28	585,34	1.729,08	1.133,59	2.966,79	4.797,61	212,55	75.179,62	396,18	136.912,97
Camp de Tarragona	67.766,88	5.145,54	960,72	3.338,22	1.530,14	4.604,34	4.726,43	324,84	101.597,79	588,61	190.583,49
Terres de l'Ebre	23.204,65	1.091,60	488,02	1.495,41	566,18	1.132,18	909,82	112,12	41.742,47	239,87	70.982,32
Girona	83.836,68	4.878,25	1.273,30	4.452,64	2.126,94	5.669,75	3.575,59	412,32	118.588,74	674,71	225.488,91
Catalunya Central	65.502,09	6.815,61	1.484,04	4.887,36	789,39	4.541,59	3.081,61	305,71	97.088,46	690,27	185.186,13
Barcelona	533.516,91	76.197,50	10.449,07	31.908,33	26.950,67	53.909,34	52.000,24	3.162,17	1.040.878,19	7.872,10	1.836.844,51
Estructura	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	27,77	0,00	27,77
Total	831.518,95	96.228,40	15.424,44	47.941,57	33.280,65	73.575,20	73.278,15	4.570,56	1.489.683,14	10.506,87	2.676.007,93

En milers d'euros

Taula 3: Despesa total en APiSC per línies de servei i regions, 2006

En milers d'euros

	Atenció Primària			Serveis Comunitaris			Línies Comunes				Total
	EAP	Proves complementàries	PADES	PASSIR	Rehabilitació	Salut Mental	Transport Sanitari	Sanitat Respon	Farmacia	Estructura	
Alt Pirineu i Aran	12.729,22	378,35	198,87	356,77	640,50	827,56	6.759,75	44,45	14.944,99	57,13	36.937,59
Lleida	52.945,48	1.958,54	620,27	1.897,87	2.109,89	3.587,79	7.745,82	232,59	78.397,71	428,97	149.924,93
Camp de Tarragona	93.183,55	6.300,48	1.141,52	4.762,05	2.728,22	5.276,08	7.630,89	364,62	107.866,31	778,39	230.032,12
Terres de l'Ebre	28.428,89	1.441,26	506,31	917,61	670,77	1.840,15	1.468,92	123,28	44.462,40	148,11	80.007,70
Girona	92.645,49	5.077,67	1.446,80	4.679,41	3.065,59	6.381,58	5.772,85	457,13	123.863,76	801,98	244.192,26
Catalunya Central	74.828,39	6.056,44	1.637,29	5.022,39	1.674,66	5.708,74	4.975,30	335,21	102.911,66	1.419,65	204.569,73
Barcelona	587.412,95	78.253,15	11.414,59	38.974,48	28.899,28	62.106,21	83.955,17	3.427,38	1.087.704,25	7.756,32	1.989.903,79
Estructura	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	26,33	0,00	26,33
Total	942.173,97	99.465,89	16.965,66	56.610,58	39.788,91	85.728,12	118.308,69	4.984,65	1.560.177,40	11.390,57	2.935.594,44

Taula 4: Despesa total en APiSC per línies de servei i regions, 2007

En milers d'euros

	Atenció Primària			Serveis Comunitaris			Línies Comunes				Total
	EAP	Proves complementàries	PADES	PASSIR	Rehabilitació	Salut Mental	Transport Sanitari	Sanitat Respon	Farmacia	Estructura	
Alt Pirineu i Aran	15.768,07	450,19	217,80	434,16	559,89	1.068,21	10.711,00	62,97	15.674,58	75,03	45.021,89
Lleida	63.511,25	2.027,73	710,59	2.473,77	2.906,46	5.222,14	13.511,74	326,46	82.455,10	443,72	173.588,97
Camp de Tarragona	104.823,11	6.781,54	1.322,43	4.765,10	4.743,20	6.476,12	10.381,11	524,36	122.023,33	811,98	262.652,28
Terres de l'Ebre	33.106,34	1.499,70	590,35	1.116,84	1.363,07	2.456,60	7.328,57	174,02	49.196,99	184,21	97.016,69
Girona	115.959,08	5.721,18	1.630,51	5.469,81	4.256,82	8.546,71	12.195,93	654,25	134.247,85	874,52	289.556,66
Catalunya Central	91.503,35	6.894,68	1.859,45	5.531,38	2.974,71	7.079,10	6.277,37	464,34	111.514,91	1.515,85	235.615,13
Barcelona	712.715,95	84.797,42	13.807,24	40.457,25	39.013,64	78.450,23	99.846,35	4.692,76	1.186.986,26	8.662,05	2.269.429,15
Estructura	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20,74	0,00	20,74
Total	1.137.387,15	108.172,44	20.138,36	60.248,31	55.817,79	109.299,12	160.252,07	6.899,16	1.702.119,76	12.567,37	3.372.901,52

Taula 5: Despesa total en APiSC per línies de servei i regions, 2008

En milers d'euros

	Atenció Primària			Serveis Comunitaris			Línies Comunes				Total
	EAP	Proves complementàries	PADES	PASSIR	Rehabilitació	Salut Mental	Transport Sanitari	Sanitat Respon	Farmacia	Estructura	
Alt Pirineu i Aran	15.768,07	450,19	217,80	434,16	559,89	1.068,21	10.711,00	62,97	15.674,58	75,03	45.021,89
Lleida	63.511,25	2.027,73	710,59	2.473,77	2.906,46	5.222,14	13.511,74	326,46	82.455,10	443,72	173.588,97
Camp de Tarragona	104.823,11	6.781,54	1.322,43	4.765,10	4.743,20	6.476,12	10.381,11	524,36	122.023,33	811,98	262.652,28
Terres de l'Ebre	33.106,34	1.499,70	590,35	1.116,84	1.363,07	2.456,60	7.328,57	174,02	49.196,99	184,21	97.016,69
Girona	115.959,08	5.721,18	1.630,51	5.469,81	4.256,82	8.546,71	12.195,93	654,25	134.247,85	874,52	289.556,66
Catalunya Central	91.503,35	6.894,68	1.859,45	5.531,38	2.974,71	7.079,10	6.277,37	464,34	111.514,91	1.515,85	235.615,133
Barcelona	712.715,95	84.797,42	13.807,24	40.457,25	39.013,64	78.450,23	99.846,35	4.692,76	1.186.986,26	8.662,05	2.269.429,15
Estructura	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20,74	0,00	20,74
Total	1.137.387,15	108.172,44	20.138,36	60.248,31	55.817,79	109.299,12	160.252,07	6.899,16	1.702.119,76	12.567,37	3.372.901,52

Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya, 2005-2008

El PADES manté percentatges de participació força estables en la despesa, molt a prop del 0,6%. Respecte dels serveis comunitaris -PASSIR, rehabilitació i salut mental- que conjuntament representen al voltant del 6,5% del total, cal destacar alguns trets interessants quant a la distribució regional. El PASSIR té una presència destacada a la regió Catalunya Central i menys importància a l'Alt Pirineu i Aran i les Terres de l'Ebre. Aquest fet segurament s'explica per la piràmide de població, més envellida en aquestes dues darreres regions. Pel que fa als serveis de rehabilitació, tenen una participació en la despesa regional per sobre de la mitjana a Barcelona i al Camp de Tarragona; a l'altre extrem se situen l'Alt Pirineu i Aran i la Catalunya Central. Finalment, la despesa en salut mental, que passa de representar un 2,7% l'any 2005 a un 3,3% l'any 2008, té un pes proporcionalment més alt a Barcelona i la Catalunya Central, i on es gasta relativament menys és a l'Alt Pirineu i Aran i les Terres de l'Ebre.

Es podrien fer càlculs similars exclouent-ne la farmàcia, amb la qual cosa es donaria més rellevància als altres serveis d'APiSC. Si es fa així, es veu clarament que els EAP suposen, com era d'esperar, la part més gran de la despesa, amb percentatges pròxims al 70%. Les proves complementàries i el PADES sumen al voltant d'un 8%, el conjunt de serveis comunitaris pugem a un 13%, i el transport sanitari representa aproximadament un 9%.

Taula 6: Distribució percentual de la despesa per línies de servei a cada regió, 2007

En milers d'euros

	Atenció Primària			Serveis Comunitaris			Línies Comunes				Total
	EAP	Proves complementàries	PADES	PASSIR	Rehabilitació	Salut Mental	Transport Sanitari	Sanitat Respon	Farmàcia	Estructura	
Alt Pirineu i Aran	35,77	1,02	0,51	0,96	1,01	2,52	20,48	0,12	37,43	0,18	100,00
Lleida	36,96	1,26	0,41	1,30	1,26	2,85	5,87	0,16	49,65	0,28	100,00
Camp de Tarragona	38,82	2,71	0,51	1,95	1,66	2,59	3,92	0,17	47,33	0,35	100,00
Terres de l'Ebre	36,50	1,84	0,65	1,17	1,27	2,53	2,11	0,16	53,58	0,19	100,00
Girona	40,12	2,03	0,58	1,86	1,43	2,91	2,66	0,19	47,88	0,34	100,00
Catalunya Central	38,27	3,03	0,80	2,44	1,07	3,03	2,78	0,17	47,71	0,70	100,00
Barcelona	31,27	3,88	0,59	1,81	1,54	3,30	4,83	0,17	52,20	0,40	100,00
Estructura	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00	100,00
Total	33,58	3,35	0,59	1,81	1,48	3,14	4,61	0,17	50,87	0,40	100,00

Quant a l'evolució de la despesa, tal com veiem a la taula 7, durant el conjunt del període va créixer un 26,04%, amb taxes anuals de creixement superiors al 7%, bastant per sobre de les taxes d'inflació: l'IPC registrat els anys 2006, 2007 i 2008 va ser del 2,7%, 4,2% i 1,4%, respectivament. Això significa que del 26,04% de creixement total, 8,5 punts percentuals⁴ són atribuïbles a l'efecte nominal d'augment dels preus, i la resta -el 17,54%- és l'increment real de la despesa. Una part d'aquest augment real s'explica pel fort creixement de la població assignada durant el període: un 6,4%.

La despesa en APiSC va créixer un 26% en termes nominals i un 17,5% en termes reals, durant el període 2005-2008.

⁴ Vegeu l'apartat d'actualització de rendes a la pàgina web de l'INE: www.ine.es

Taula 7: Taxes de creixement de la despesa en APiSC, 2005-2008

Percentatges

	2006/2005	2007/2006	2008/2007	2008/2005
ATENCIÓ PRIMÀRIA				
EAP	13,31	12,11	7,68	36,78
Proves complementàries	3,36	5,81	2,78	12,41
PADES	9,99	9,27	8,63	30,56
SERVEIS COMUNITARIS				
PASSIR	18,08	0,78	5,60	25,67
Rehabilitació	19,56	16,98	19,93	67,72
Salut mental	16,52	15,30	10,57	48,55
LÍNIES COMUNES				
Transport sanitari	61,45	22,62	10,46	118,69
Sanitat Respon	9,06	9,06	26,91	50,95
Farmàcia	4,73	2,57	6,36	14,26
Estructura	8,41	10,49	-0,15	19,61
TOTAL	9,70	7,16	7,22	26,04

Tanmateix, l'evolució de les diferents línies de servei és molt diversa. El servei que més ha pujat és el transport sanitari. La raó del fort increment l'any 2006 (61,5%) va ser el desplegament del nou model de transport sanitari urgent arreu del territori. A continuació, trobem la rehabilitació, amb un increment de quasi el 68% a causa, principalment, de la forta pujada de la rehabilitació domiciliària. Després ve Sanitat Respon, que creix extraordinàriament el 2008, i la despesa en salut mental, que va augmentar un 48,5%. De tota manera, cal tenir en compte que la participació de tots aquests serveis a la despesa total és baixa. També creixen per sobre de la mitjana els EAP (36,8%) i el PADES (30,6%). Per sota de la mitjana van créixer les proves complementàries i la farmàcia; aquesta última registra l'augment més alt l'any 2008.

Les diferents línies de servei van tenir una evolució molt diversa durant el període 2005-2008. El transport sanitari va créixer més d'un 100%. La rehabilitació, la salut mental i Sanitat Respon mostren increments propers o per sobre del 50%. La despesa en EAP va augmentar un 37%, mentre que la farmàcia i les proves complementàries van augmentar bastant per sota de la mitjana.

La **taula 8** dóna resposta a la principal pregunta que es fa aquest estudi: quant representa la despesa en APiSC respecte del total de la despesa sanitària pública a Catalunya? Com ja s'ha comentat a la metodologia, el percentatge varia segons com es delimiti la definició del que es considera *atenció primària*. Amb la nostra definició àmplia, que inclou la farmàcia, l'atenció primària i la salut comunitària representa actualment prop del 37,5% de la despesa total del CatSalut.

L'atenció primària i la salut comunitària, inclosa la farmàcia, representa actualment prop del 37,7% de la despesa total del CatSalut. Traient la despesa farmacèutica, el percentatge se situa a l'entorn del 18,4%.

Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya, 2005-2008

Aquest percentatge s'ha mantingut força estable. La pèrdua de dos punts per part de la despesa farmacèutica ha estat compensada pels EAP, que guanyen un punt percentual respecte de la despesa total del CatSalut, i per l'augment del transport sanitari, la salut mental i la rehabilitació.

Taula 8: Evolució de la despesa en APISC respecte de la despesa total del CatSalut, 2005-2008

	2005	2006	2007	2008
	% RESPECTE DE LA DESPESA DESPESA TOTAL	% RESPECTE DE LA DESPESA TOTAL CATSALUT	% RESPECTE DE LA DESPESA TOTAL CATSALUT	% RESPECTE DE LA DESPESA TOTAL CATSALUT
ATENCIÓ PRIMÀRIA				
EAP	11,73	12,11	12,47	12,72
Proves complementàries	1,36	1,28	1,24	1,21
PADES	0,22	0,22	0,22	0,23
SERVEIS COMUNITARIS				
PASSIR	0,68	0,73	0,67	0,67
Rehabilitació	0,47	0,51	0,55	0,62
Salut mental	1,04	1,1	1,17	1,22
LÍNIES COMUNES				
Transport sanitari	1,03	1,52	1,71	1,79
Sanitat Respon	0,06	0,06	0,06	0,08
Farmàcia	21,02	20,06	18,89	19,03
Estructura	0,15	0,15	0,15	0,14
TOTAL	37,75	37,74	37,13	37,71
DESPESA TOTAL CATSALUT (milers d'euros)	7.088.195,40	7.777.748,40	8.473.694,90	8.945.090,60

L'avenç dels EAP sembla que respon a una política decidida de suport i prioritat atorgada a aquests tipus de serveis els darrers anys. De fet, comparant la taxa de creixement dels EAP que acabem de veure a la **taula 7** -un 36,78% en els quatre anys estudiats- amb la taxa de creixement de la despesa en general -un 26,2%- que es desprèn de les xifres del CatSalut⁵ que reproduïm a la **taula 8**, podem concloure que la despesa en EAP va créixer bastant per sobre de la despesa total del CatSalut. Tenint en compte que els EAP no impliquen a penes l'ús de tecnologia, el principal factor que impulsa l'augment de la despesa sanitària arreu del món (Cutler, 1995; Ginsburg, 2008), aquesta taxa de creixement més elevada dels EAP té encara més significació.

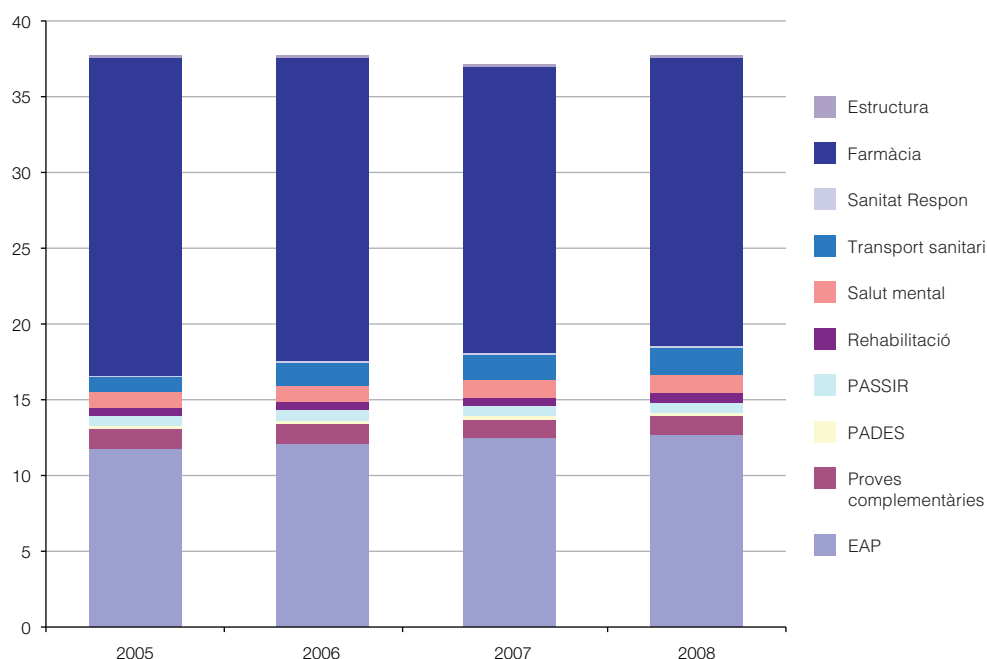
La despesa en EAP va créixer en el període 2005-2008 un 40% més del que va créixer la despesa total del CatSalut (36,8% enfront del 26,2%). No obstant això, la importància dels EAP dins de la despesa total del CatSalut es manté moderada, al voltant del 12,7%.

De totes maneres, la rellevància dels EAP dins de la despesa total del CatSalut es manté en nivells força moderats. Fins i tot amb la pujada comentada, el percentatge que representen és tan sols del 12,7% l'any 2008. Si afegim els altres serveis directament relacionats amb els EAP, el percentatge respecte del total es mou entre un 13,3% l'any 2005 i un 14,2% l'any 2008. Si afegim els serveis comunitaris, a més del transport sanitari, Sanitat Respon i les despeses d'estructura -és a dir, tota la despesa menys la farmàcia- aleshores el percentatge arriba al 16,72% el 2005 i al 18,43% el 2008.

⁵Vegeu *El pressupost de salut 2008*, Col·lecció "Els Llibres dels Fulls Econòmics" núm. 23. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2008.

La **figura 3** il·lustra aquests resultats i es correspon amb la idea d'un concepte d'atenció primària que es va ampliant, tal com s'argumentava a l'apartat de metodologia, que es representava mitjançant cercles concèntrics. D'altra banda, remarcuem que el percentatge de despesa en APISC, exclosa la farmàcia, al qual hem arribat per a l'any 2005 (16,72%) és molt semblant al que dona l'estudi del GTAGS per al mateix any (16,87%), com ja hem comentat a l'apartat d'antecedents.

Figura 3: Evolució de la despesa en APISC respecte de la despesa total del CatSalut, 2005-2008, segons el diferent abast de les línies de servei



A la **taula 9** introduïm la classificació per tipus de proveïdor en què distingim entre l'ICS i les AEP. En concret, es mostra l'evolució de la participació d'aquests dos tipus de proveïdors al llarg del període en cadascuna de les línies de servei. Es constata que l'ICS és el gran proveïdor de serveis d'atenció primària i salut comunitària a Catalunya, tot i que perd una mica de pes en el període de quatre anys, ja que passa d'absorbir el 76,7% de la despesa el 2005 a absorbir el 75,35% el 2008.

L'ICS és el proveïdor principal de serveis d'atenció primària i salut comunitària a Catalunya, gestiona més de tres quartes parts de tota la despesa per a aquest concepte. De totes maneres, la seva importància s'ha reduït lleugerament al llarg del període.

Dins de la categoria d'altres entitats proveïdores s'inclouen tant altres entitats de dret públic alienes a l'ICS com empreses públiques, empreses privades sense ànim de lucre i entitats de base associativa amb règim administratiu sotmès al dret privat. Pel que fa als EAP en concret, l'any 2007 un 77,9% dels EAP contractats pel CatSalut pertanyien a l'ICS, un 12,3% tenien una altra titularitat pública i a la resta (9,8%) hi havia participació privada (CatSalut, 2007). Respecte de les altres línies de servei, no disposem de dades de titularitat de les entitats que les proveeixen.

⁶ Encara que la despesa farmacèutica la paga directament el CatSalut, s'assigna segons la titularitat del centre originari de la despesa.

Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya, 2005-2008

La taula posa en relleu que l'ICS gestiona la major part de les despeses en EAP i, en consonància amb això, de la despesa en proves complementàries i farmàcia, a més de tenir una presència majoritària al PASSIR. De totes maneres, la importància de l'ICS dins de la despesa en EAP ha baixat progressivament, des d'un 82,3% el 2005, fins al 79,3% l'any 2008. Pel que fa al nombre d'equips gestionats, l'evolució entre 2004 i 2008 de l'ICS i de les AEP ha estat molt similar: l'ICS ha mantingut la titularitat d'aproximadament el 77,9% dels EAP en funcionament (Segura, Martín Zurro *et al.*, 2009; Memòries CatSalut). Per tant, la participació més baixa en la despesa d'aquesta línia de servei podria explicar-se per una millora en l'eficiència de gestió de l'ICS, hipòtesi que caldria analitzar en més profunditat.

Taula 9: Distribució percentual de la despesa en APISC per proveïdor i línies de servei, 2005-2008

Percentatges

	2005		2006		2007		2008	
	ICS	Altres entitats proveïdores	ICS	Altres entitats proveïdores	ICS	Altres entitats proveïdores	ICS	Altres entitats proveïdores
ATENCIÓ PRIMÀRIA								
EAP	82,32	17,68	82,47	17,53	80,54	19,46	79,26	20,74
Proves complementàries	77,45	22,55	76,55	23,45	76,92	23,08	76,20	23,80
PADES	15,06	84,94	15,22	84,78	15,36	84,64	15,78	84,22
SERVEIS COMUNITARIS								
PASSIR	79,58	20,42	79,36	20,64	84,73	15,27	84,62	15,38
Rehabilitació	15,14	84,86	14,46	85,54	13,59	86,41	13,25	86,75
Salut mental	4,07	95,93	4,06	95,94	4,01	95,99	3,67	96,33
LÍNIES COMUNES								
Transport sanitari*	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Sanitat Respon*	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Farmàcia	77,76	22,24	77,55	22,45	77,29	22,71	77,67	22,33
Estructura	100,00	0,00	100,00	0,00	100,00	0,00	100,00	0,00
TOTAL	76,70	22,01	76,51	23,19	75,57	24,10	75,35	24,37

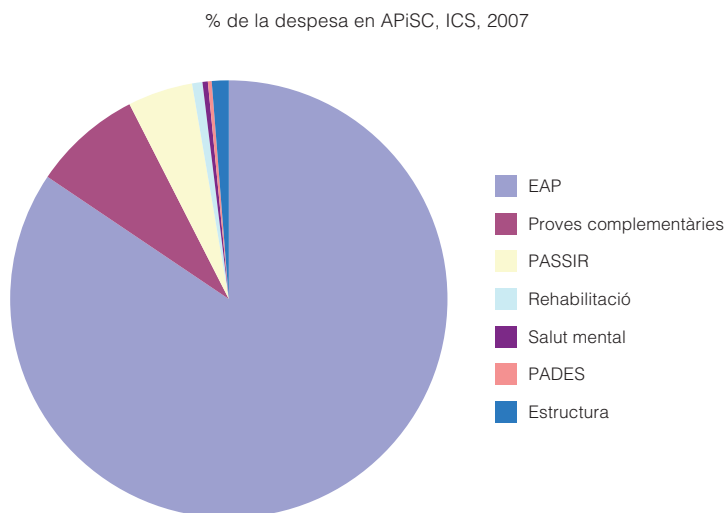
*Les columnes del total de la despesa no sumen 100 perquè no es desglossen per proveïdor "Sanitat Respon" i transport sanitari.

Les AEP destaquen clarament en l'àmbit de la salut mental, la rehabilitació i el PADES, amb percentatges que es mantenen força estables durant el període. En canvi i, com a conseqüència lògica de la davallada de l'ICS dins de la despesa en EAP, la provisió d'aquest tipus de servei per part de les entitats alienes a l'ICS puja 3 punts percentuals entre 2005 i 2008; el salt més gran es produeix l'any 2007.

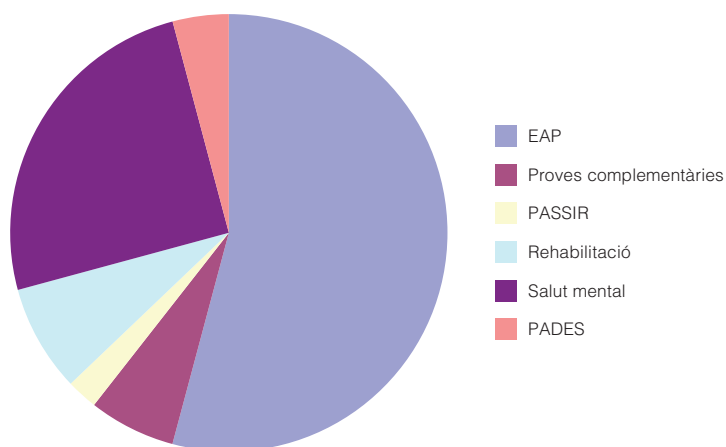
Durant el període 2005-2008, les altres entitats proveïdores guanyen pes (3 punts percentuals) quant a despesa en EAP, pes que perd l'ICS. De tota manera, la seva oferta de serveis continua sent menys concentrada que la de l'ICS. Destaquen, sobretot, al camp de la salut mental, la rehabilitació i el PADES.

Les diferències en l'oferta de serveis per part dels dos grans tipus de proveïdors es poden apreciar millor a la figura 4, on hem calculat la distribució percentual per línies de servei, tot exclouent-ne la farmàcia. Això permet apreciar millor les magnituds i la diferència en la combinació de serveis. Les entitats proveïdores alienes a l'ICS exhibeixen una diversificació més gran, no tant pel que fa al nombre de línies de servei, sinó per la magnitud que els altres serveis, excepte els EAP, representen.

Figura 4: Participació de cada línia de servei en la despesa en APiSC, sense farmàcia, en el cas de l'ICS i de les altres entitats proveïdores, 2007



% de la despesa en APiSC, altres entitats proveïdores, 2007



La **taula 10** mostra la distribució territorial de l'ICS i de les altres entitats proveïdores al llarg del període, i posa en relleu que la seva importància relativa ha anat canviant a cada regió. En primer lloc, s'observa que l'ICS és el proveïdor majoritari a totes i cadascuna de les regions. Tanmateix, es podria fer la classificació següent (**figura 5**): regions on l'ICS absorbeix més del 80% de la despesa (hi entraria la Catalunya Central, Lleida i, sobretot, les Terres de l'Ebre), regions on la despesa de l'ICS representa entre el 70 i el 80% de tota la despesa en APiSC (aquestes són Barcelona i l'Alt Pirineu i Aran) i, finalment, regions on l'ICS no arriba al 70% (Girona i Tarragona). A Tarragona és on les altres entitats proveïdores han experimentat una evolució més ràpida; han guanyat quatre punts percentuals i s'acosten a una presència del 50% en aquest territori.

Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya, 2005-2008

Figura 5: Pes relatiu de l'ICS dins de la despesa en APiSC a les diferents regions sanitàries



Taula 10: Distribució percentual de la despesa en APiSC per tipus de proveïdor i regions, 2005-2008

Percentatges

	2005		2006		2007		2008	
	ICS	Altres entitats proveïdores	ICS	Altres entitats proveïdores	ICS	Altres entitats proveïdores	ICS	Altres entitats proveïdores
ALT PIRINEU I ARAN	72,06	27,94	74,40	25,60	73,43	26,57	73,31	26,69
LLEIDA	91,41	8,59	90,82	9,18	89,58	10,42	89,33	10,67
CAMP DE TARRAGONA	60,39	39,61	63,78	36,22	58,26	41,74	95,90	4,10
TERRES DE L'EBRE	96,87	3,13	96,24	3,76	95,51	4,49	56,70	43,30
GIRONA	65,80	34,20	65,76	34,24	64,68	35,32	64,36	35,64
CATALUNYA CENTRAL	82,39	17,61	82,26	17,74	81,31	18,69	81,50	18,50
BARCELONA	76,52	23,48	76,13	23,87	75,73	24,27	75,69	24,31
TOTAL	75,38	24,62	76,02	23,98	75,09	24,91	74,88	25,12

*Aquests percentatges no inclouen les despeses que no es poden desglossar entre l'ICS i les AEP, ni la despesa no imputable a cap regió.

Tot i que l'ICS és el proveïdor majoritari a les set regions sanitàries, no proporciona tots els serveis a totes les regions. Segons les dades de què disposem (no mostrades a la taula), només a la regió de Barcelona és on l'ICS proveeix tots els serveis sense excepció. A l'altre extrem, a la regió de l'Alt Pirineu i Aran, la despesa es reparteix tan sols entre tres tipus de servei: EAP, proves complementàries i farmàcia. Quant als serveis de rehabilitació, l'ICS en gestiona només a cinc regions: Barcelona, Girona, Lleida, el Camp de Tarragona i les Terres de l'Ebre, mentre que els serveis de salut mental només els ofereix en dues de les regions catalanes, Catalunya Central i Barcelona. Cal tenir en compte, però, que una gran part de l'atenció a la salut mental té lloc als hospitals i no forma part, per tant, de la despesa en APiSC.

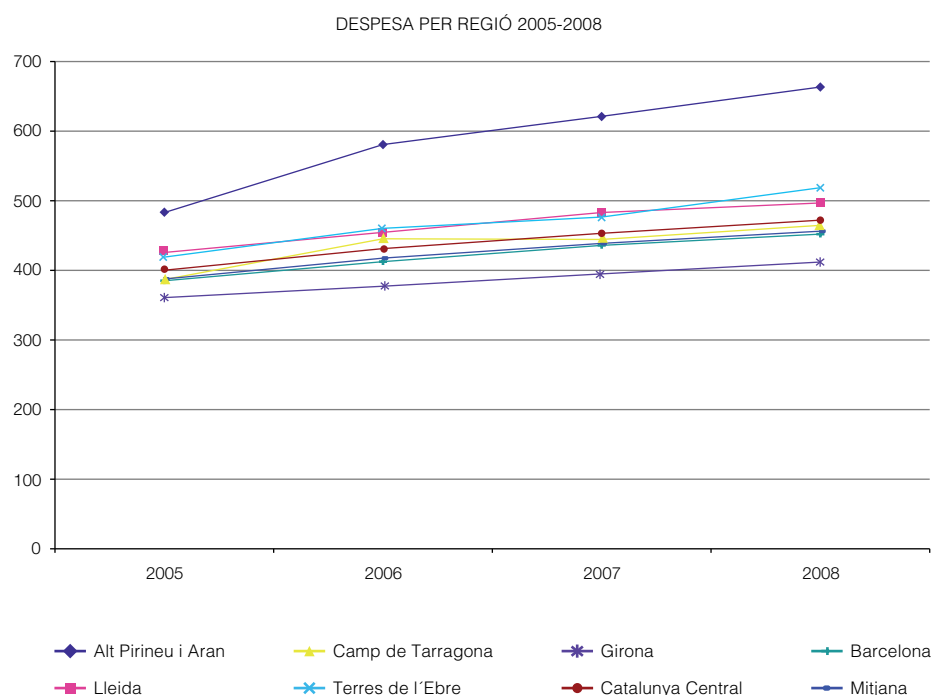
Pel que fa a l'evolució del pes que representen els EAP sobre el total de la despesa en atenció primària de l'ICS (no mostrat a la taula), aquest ha augmentat en el període 2005-2008 a totes les regions catalanes, si bé en diferent mesura. Mentre que l'Alt Pirineu i Aran experimenten un creixement del pes de més de deu punts percentuals, aquest creixement se situa prop dels 3 punts a Barcelona i al Camp de Tarragona.

Finalment, introduïm la població com a factor d'anàlisi i ponderació de la despesa. La **figura 6** mostra l'evolució durant el període de la despesa per persona assignada a cadascuna de les regions.

La mitjana de despesa per persona en APiSC a Catalunya va ser de 387,7; 418,8; 440,0 i 459,3 euros els anys 2005, 2006, 2007 i 2008, respectivament, amb una variabilitat regional força notable i un patró de creixement desigual.

Es posa clarament de manifest que hi ha una variabilitat regional notòria en aquest indicador de despesa. De fet, els desequilibris regionals augmenten al llarg del període, com es pot confirmar mitjançant el càlcul de la desviació estàndard i el rang. La desviació estàndard passa de 22,9 euros el 2005 fins a 31,9 euros el 2008. Pel que fa al rang o diferència entre la regió amb la despesa per persona més elevada (Alt Pirineu i Aran) i la regió amb la despesa per persona més baixa (Girona) la seva magnitud va passar de 124 euros l'any 2005 a 256 euros l'any 2008. La forta desviació de l'Alt Pirineu i Aran s'explica, principalment, per l'impacte del transport sanitari. Si traiem aquesta regió, les diferències territorials s'escurcen molt, però encara s'observa una discrepància d'uns 100 euros entre la regió que més gasta i la que menys. Aquest desequilibri augmenta, en comptes de reduir-se, durant el període.

Figura 7: Evolució de la despesa per persona assignada a cada regió



Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya, 2005-2008

Quant a l'evolució, la despesa per persona va augmentar un 18,5% de promig durant el període. Per encara que a totes les regions hi ha un creixement de la despesa, el patró és una mica desigual. La raó pot ser el numerador, és a dir, la mateixa despesa, o el denominador, en concret, els moviments de població desiguals als quals la despesa no reacciona prou àgilment.

En promig, la despesa per persona en APiSC va augmentar un 18,5% durant el període 2005-2008.

Per esbrinar aquesta qüestió, a la **taula 11** es compara el percentatge de despesa amb el percentatge de població assignada per regions. Observem, primer de tot, que en els quatre anys que van de 2005 a 2008 la població assignada al conjunt de Catalunya es va incrementar un 6,5%. Aquest augment es va repartir de manera bastant igualitària entre les diferents regions, ja que els percentatges de població assignada es mantenen prou estables en totes. Les diferències més notables són a Barcelona, que perd un xic més d'un 1% de població assignada, i al Camp de Tarragona i Girona, que guanyen aproximadament mig punt percentual cadascuna.

Segons mostra la taula 11, hi ha un patró que es repeteix cada any: totes les regions, excepte Barcelona i Girona, obtenen percentatges de despesa una mica superiors al seu percentatge de població assignada. Girona especialment presenta un desajust negatiu entre població assignada i participació en la despesa. A més, aquest desajust s'ha ampliat una mica al llarg del període, principalment perquè la població ha crescut gairebé el doble que la mitjana de Catalunya. A Tarragona, la població també ha augmentat en proporcions similars a les de Girona, però en aquest cas l'increment de la despesa ha compensat l'augment de la població.

La proporció de despesa absorbida per les regions de Girona i Barcelona és inferior a la participació en la població assignada. Aquest fet es manté al llarg del període, fet que indica una rigidesa en els pressupostos assignats que no es corresponen amb els canvis demogràfics, que evolucionen més ràpidament.

Taula 11: Evolució de la població assignada i dels percentatges de participació en la despesa, per regions, 2005-2008

	POBLACIÓ ASSIGNADA 2005		% de la despesa 2005		POBLACIÓ ASSIGNADA 2006		% de la despesa 2006		POBLACIÓ ASSIGNADA 2007		% de la despesa 2007		POBLACIÓ ASSIGNADA 2008		% de la despesa 2008	
	N	%			N	%			N	%			N	%		
ALT PIRINEU I ARAN	61.692	0,89	1,12		62.501	0,89	1,26		64.496	0,90	1,29		67.022	0,91	1,33	4820106
LLEIDA	320.979	4,65	5,12		327.039	4,67	5,11		334.685	4,68	5,14		347.472	4,73	5,14	6608673
CAMP DE TARRAGONA	490.564	7,11	7,12		512.691	7,31	7,84		532.692	7,45	7,59		558.108	7,60	7,87	7179451
TERRES DE L'EBRE	169.317	2,45	2,65		173.336	2,47	2,73		178.312	2,49	2,71		185.216	2,52	2,87	6374728
GIRONA	622.663	9,02	8,43		642.763	9,17	8,32		669.548	9,36	8,47		696.362	9,48	8,58	4847235
CATALUNYA CENTRAL	461.671	6,69	6,92		471.332	6,72	6,97		480.960	6,73	6,98		494.224	6,73	6,98	5575461
BARCELONA	4.774.795	69,18	68,64		4.819.166	68,76	67,79		4.888.787	68,38	67,82		4.994.767	68,02	67,28	459435
SENSE ESPECIFICAR	573	0,01	0,00		29	0,00	0,00		63	0,00	0,00		24	0,00		0
TOTAL	6.902.254	100	100		7.008.857	100	100		7.149.543	100	100		7.343.195	100		100

Per tal d'investigar una mica més les diferències en despesa per persona assignada, a la **taula 12** presentem desglossades les xifres de despesa per persona en cada línia de servei i regió. Aquest exercici es fa tan sols per al 2007, ja que els trets principals es mantenen durant tot el període, com acabem de comentar. La taula ens permet detectar a quins serveis hi ha més diferències en la despesa per persona assignada entre regions, així com quina és la regió que gasta més (o menys) en cadascuna de les línies de servei.

La mitjana de despesa per persona en EAP és de prop de 150 euros, una quantitat força petita tenint en compte el volum d'activitat i la importància que té per a la població rebre una atenció correcta per part d'aquests equips. Tanmateix, la diferència entre la que més gasta (Alt Pirineu i Aran) i la que menys (Barcelona) és molt elevada. De fet, a la regió pirinenca la despesa en aquest tipus de servei és un 65% més alta que a Barcelona (225 euros davant de 136 euros a Barcelona). Aquesta diferència s'explica, segurament, per la gran divergència en el grau de dispersió/concentració geogràfica entre aquestes dues regions. La resta de regions presenten valors molt més propers entre sí, especialment Lleida, el Camp de Tarragona, les Terres de l'Ebre i la Catalunya Central. En tres d'aquestes quatre regions l'ICS és l'entitat proveïdora majoritària i, atès que segons un estudi recent (Segura *et al.*, 2009) la dotació de personal és més elevada als EAP que pertoquen a l'ICS, es podria pensar que la despesa per persona hauria de ser més elevada a les regions esmentades. La hipòtesi no sembla confirmar-se del tot.

La despesa mitjana per persona en EAP l'any 2007 era de prop de 150 euros. Tanmateix, a la regió que més es va gastar (Alt Pirineu i Aran) la despesa va ser un 65% més elevada que a Barcelona, que és a la cua.

Pel que fa al capítol de farmàcia, observem, en primer lloc, que en medicaments es gasta justament un 50% més que en EAP. Les diferències regionals no són tan elevades com en el cas dels EAP, fet que sembla lògic ja que no s'inclou el manteniment d'edificis, etc. De tota manera, les discrepàncies són prou importants i, sobretot, ajuden a explicar per què Girona és la regió amb la xifra de despesa per càpita més baixa. La despesa farmacèutica per persona a la regió de Girona és un 17,5% inferior a la mitjana de Catalunya. Com que aquesta partida suposa gairebé el 50% del total de la despesa, el seu pes explicaria la posició de desavantatge de Girona en la classificació de despesa total per persona que hem vist a la **figura 6**.

La posició de desavantatge de Girona en la classificació de despesa total per persona en APiSC s'explica, fonamentalment, perquè té la xifra de despesa farmacèutica per càpita més baixa de Catalunya.

Hi ha d'altres serveis en què les diferències són també molt importants: és el cas de les proves complementàries, el PASSIR i el transport sanitari; aquest últim de manera molt destacada, encara que segurament justificada, a l'Alt Pirineu i Aran. La salut mental i el PADES presenten valors molt més agrupats al voltant de la mitjana. Cal tenir en compte que els serveis amb més dispersió territorial són -excepte per al transport sanitari- els serveis en què l'ICS és el proveïdor majoritari. Això sembla apuntar el pes de la tradició com a variable important a l'hora de determinar la despesa en un territori determinat.

Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya, 2005-2008

Finalment, cal mencionar que, tot i que aquí no es mostren les xifres de despesa desglossades per línies de servei i regió per a tots els anys, els patrons es mantenen bastant estables al llarg del període, és a dir, si una regió és la que més gasta en un tipus de servei determinat el primer any analitzat, el més probable és que continuï gastant més durant la resta d'anys del període. Això denota una inèrcia que potser caldria replantejar.

La distribució regional de la despesa per persona i línies de servei té força inèrcia. Caldria trobar mecanismes per adaptar més estretament la planificació a l'evolució de les necessitats.

Taula 12: Despesa per persona assignada, per línies de servei i regió, 2007

	ATENCIÓ PRIMÀRIA			SERVEIS COMUNITARIS			LÍNIES COMUNES				TOTAL
	EAP	Proves complementàries	PADES	PASSIR	Rehabilitació	Salut mental	Transport sanitari	Sanitat Respon	Farmàcia	Estructura	
ALT PIRINEU I ARAN	224,53	6,38	3,23	6,01	6,35	15,79	128,52	0,76	234,93	1,14	627,63
LLEIDA	178,59	6,10	1,98	6,28	6,08	13,78	28,38	0,76	239,96	1,34	483,26
TERRES DE L'EBRE	174,08	12,13	2,30	8,74	7,45	11,61	17,57	0,76	212,23	1,57	448,45
CAMP DE TARRAGONA	174,41	8,77	3,10	5,58	6,05	12,11	10,10	0,76	256,00	0,92	477,81
GIRONA	159,65	8,07	2,30	7,41	5,68	11,59	10,57	0,76	190,52	1,34	397,90
CATALUNYA CENTRAL	174,73	13,81	3,67	11,12	4,89	13,82	12,68	0,76	217,81	3,21	456,52
BARCELONA	136,49	16,92	2,57	7,90	6,73	14,41	21,06	0,76	227,83	1,76	436,43
ESTRUCTURA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00
TOTAL	147,74	14,72	2,59	7,98	6,51	13,83	20,29	0,76	223,83	1,76	440,02

Per acabar, a la **taula 13** es relaciona la despesa amb l'equipament i l'activitat, i es calcula la despesa per visita i per recepta a cada regió. Malauradament, no disposem de dades d'equipament ni d'activitat per a totes les línies de servei ni per a tots els anys, motiu pel qual aquest exercici es fa tan sols per a les visites als EAP i les receptes de farmàcia dels metges de l'EAP i les residències geriàtriques. De totes maneres, recordem que, junts, aquests dos tipus de servei representen aproximadament el 85% de la despesa en APISC.

L'any 2007 hi havia 357 EAP en funcionament a Catalunya. La seva distribució regional mostra que a totes les regions, llevat de Barcelona, el percentatge d'EAP supera el percentatge de població assignada (recordeu la distribució de la població de la **taula 11**). Atès el caràcter més urbà que té la regió de Barcelona, el nombre d'habitants per EAP supera el d'altres indrets. Tanmateix, a l'hora de dotar els EAP amb metges (metges generals, pediatres i odontòlegs) aquest desequilibri es neutralitza en part. D'aquesta manera, podem comprovar que la distribució regional dels professionals és bastant paral·lela als percentatges de població assignada, tot i que Barcelona torna a quedar un xic per sota.

On hi ha més discrepàncies és en el nombre de visites per persona. La mitjana a Catalunya és de 6,9 visites l'any (gairebé 50 milions de visites l'any 2007). Tanmateix, hi ha regions, les més rurals i envellides, en què aquesta mitjana se supera amb escreix. Per exemple, a les Terres de l'Ebre la mitjana de visites per persona als EAP frega les 12. La Catalunya Central i Barcelona són les regions amb menys visites per

càpita: 5,6 i 6,5 visites per persona, respectivament. La despesa per visita l'any 2007 va ser de 21,4 euros, però es registren grans diferències regionals. A les Terres de l'Ebre el cost per visita és un 32% més baix (14,65 euros): l'alt nombre de visites és el principal factor explicatiu. A l'altre extrem, a la Catalunya Central el cost s'enfila fins als 31 euros; l'explicació aquí pot ser la combinació d'un nombre de visites per persona inferior a la mitjana i una despesa estructural en EAP elevada.

El cost mitjà per visita l'any 2007 va ser de **21,4 euros**. Les diferències regionals són molt elevades. L'interval va de 14,6 euros fins a 31 euros.

Finalment, pel que fa a la prescripció de receptes de farmàcia, l'any 2007 els metges d'EAP van prescriure 121 milions de receptes; és a dir, prop de 17 receptes per persona. Hi ha una certa dispersió regional. Les Terres de l'Ebre ocupen el primer lloc amb 19 receptes per persona, i Girona ocupa el darrer, amb 14,7 receptes per persona. On no es registra tanta dispersió és en la despesa mitjana per recepta. La mitjana de tot Catalunya és de 12,9 euros (comptant tan sols l'aportació pública) i les desviacions són força petites, com es pot apreciar a la **taula 13**.

L'any 2007 els metges d'atenció primària van prescriure 121 milions de receptes, amb un cost mitjà per recepta (aportació pública) de 12,9 euros.

Taula 13: Dades d'equipament, activitat despesa per visita i recepta dels EAP, 2007

	NOMBRE D'EAP		NOMBRE DE METGES ALS EAP		NOMBRE DE VISITES PER PERSONA ASSIGNADA A L'EAP	NOMBRE DE RECEPTES PER PERSONA ASSIGNADA	DESPEJA / VISITA	DESPEJA / RECEPTA
	N	%	N	%				
ALT PIRINEU I ARAN	8	2,24	101	1,73	9,5	17,50	23,61	13,40
LLEIDA	22	6,16	331	5,71	9,0	17,40	19,89	13,50
CAMP DE TARRAGONA	34	9,52	487	8,39	8,2	16,30	21,17	12,80
TERRES DE L'EBRE	11	3,08	181	3,13	11,9	19,50	14,65	13,30
GIRONA	36	10,08	580	10,01	6,8	14,70	23,65	12,60
CATALUNYA CENTRAL	36	10,08	410	7,07	5,6	16,30	31,34	13,00
BARCELONA	210	58,82	3.710	63,96	6,5	17,20	20,81	12,80
TOTAL / MITJANA	357	100,00	5.800	100,00	6,9	16,90	21,39	12,90

Nota: Les dades sobre el nombre d'EAP i el nombre total de visites s'han extret directament de la Memòria 2007 del CatSalut. El nombre de metges (que inclou metges generals, pediatres i odontòlegs) s'ha calculat a partir de les dades de llocs de treball de metges (taula 18) de la Memòria 2007 del CatSalut. El CatSalut pondera els llocs de treball segons la dedicació horària per calcular llocs de treball equivalents a 36 hores setmanals. El nombre de visites per persona assignada a l'EAP s'ha calculat utilitzant els talls oficials de població assignada del CatSalut als quals ens referim a l'apartat de metodologia; l'import de la despesa per visita s'ha calculat amb les dades de despesa en EAP de la taula 4 i el nombre total de visites de la Memòria del CatSalut. El nombre de receptes inclou les dels EAP i les residències geriàtriques. Tant aquesta dada com la de despesa corresponent ens l'ha subministrada la Gerència d'Atenció Farmacèutica i Prestacions Complementàries.

Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya, 2005-2008

5. Resum i conclusions

L'objectiu principal d'aquest estudi ha estat identificar i analitzar estadísticament totes aquelles partides de despesa del CatSalut que s'inclouen o són susceptibles d'incloure dins d'un concepte d'APISC ampli. El càlcul de la despesa en atenció primària i la seva evolució recent (període 2005-2008) permet fer una anàlisi de la importància relativa de les diferents facetes de l'atenció primària i comunitària i servirà per orientar la planificació i l'elaboració de les polítiques futures.

La informació utilitzada consisteix en dades administratives dels organismes oficials implicats en la compra o provisió de serveis d'atenció primària. En concret, les dades ens les han facilitades el CatSalut i l'ICS. La despesa s'ha classificat segons tres criteris principals: per línies de servei, per regió i per proveïdor, i s'han distingit dos blocs: l'ICS i la resta d'entitats proveïdores.

Conclusions principals

En síntesi, les conclusions principals d'aquest treball són les següents:

1. El CatSalut destina una part important del seu pressupost a l'atenció primària. Si es té en compte la noció àmplia d'atenció primària, que inclou els EAP i tots els altres serveis (inclosa la farmàcia) que se'n deriven, estan directament connectats o són també un primer punt de contacte per a la població, el percentatge de despesa absorbit per l'atenció primària arriba al 37,7% del total de la despesa sanitària finançada pel CatSalut. En xifres absolutes, la despesa ha passat de 2.676 milions d'euros l'any 2005 a 3.372 milions d'euros l'any 2008.
2. Si tinguéssim en compte solament la visió més limitada de l'atenció primària, centrada en aquelles activitats portades a terme pels EAP, les proves complementàries i l'atenció domiciliària del PADES, la despesa suposaria un 14% del total (valor referit a 2007). Afegint-hi la resta de serveis, excepte la farmàcia, el percentatge puja al 18,4%.
3. El ritme de creixement de la despesa en APISC ha estat molt fort durant el període 2005-2008. En total, la despesa va augmentar un 26% durant el conjunt del període. Si descomptem l'efecte de la inflació, el creixement de la despesa en termes reals va ser del 17,5%. L'any amb la taxa d'increment més elevada va ser el 2006, amb un augment del 9,7%.
4. Per tipus de serveis, el transport sanitari, la rehabilitació i la salut mental són les partides que han experimentat un ritme d'expansió més alt: 120%, 68% i 48%, respectivament, en els quatre anys considerats. La taxa de creixement de la despesa en EAP va ser del 36,8%. El PADES i el PASSIR mostren també taxes de creixement per sobre del 25% en aquests quatre anys. S'ha de destacar que la despesa farmacèutica ha crescut per sota de la mitjana: un 14,26%, encara que aquesta partida absorbeix la meitat o més de tota la despesa en atenció primària, entesa en el sentit ampli a totes les regions sense excepció.
5. Les xifres confirmen que el proveïdor majoritari de serveis d'APISC a Catalunya és l'ICS, que administra aproximadament el 75% de la despesa. No obstant això, el seu pes ha experimentat una lleugera davallada durant el període, especialment la partida d'EAP que és la que més ha augmentat a les altres entitats proveïdores. Com que la proporció d'EAP gestionats per l'ICS i per les AEP no ha variat gaire, la raó d'aquesta diferència en l'evolució de la despesa s'ha de buscar en altres factors.

6. Tot i la presència dominant de l'ICS en l'atenció primària, l'estructura per línies de servei dels dos grans blocs d'entitats proveïdores és molt variada. Això implica que el seu pes dins de cada servei sigui molt diferent. En efecte, l'ICS predomina clarament en l'àmbit dels EAP, les proves complementàries, l'atenció a la salut sexual i reproductiva i la farmàcia; però no ho fa en serveis de salut mental, rehabilitació i PADES.
7. Des de la perspectiva territorial, la importància d'un i altre tipus de proveïdor és també molt variada. A les Terres de l'Ebre, Lleida i la Catalunya Central l'ICS representa el 80% o més de la despesa. A Barcelona i l'Alt Pirineu i Aran el pes de l'ICS està entre el 70 i el 80% de la despesa. Finalment, a Girona representa només el 65% del total i al Camp de Tarragona, on la diversificació envers les AEP ha estat més notable, l'ICS ha baixat fins al 56,7% el darrer any estudiat.
8. Per regions, el pes de Barcelona pot semblar aclaparador. La regió absorbeix aproximadament el 68% de la despesa. Tanmateix, tenint en compte que concentra prop del 69% de la població de Catalunya, la seva importància quant a serveis d'atenció primària és congruent. A l'altre extrem, la regió de l'Alt Pirineu i Aran representa l'1,3% de la despesa, però la seva població no arriba a l'1% del total de Catalunya (el 0,92% l'any 2007). Sembla lògic, però, que aquesta regió sigui més important quant a despesa que quant a població, ja que la dispersió fa que l'assistència sigui més cara.
9. La mitjana de despesa per persona en APiSC a Catalunya va ser de 387,7 euros; 418,8 euros; 440,0 euros i 459,3 euros els anys 2005, 2006, 2007 i 2008, respectivament. Tanmateix, hi ha força variabilitat regional, que s'amplia, en comptes d'escurçar-se, durant el període estudiat.
10. Girona és la regió amb la xifra de despesa per persona més baixa de Catalunya. Aquest fet s'explica, fonamentalment, perquè també té la despesa farmacèutica per persona més baixa del país.
11. Els patrons de despesa per regió i línia de servei es mantenen bastant estables al llarg del període, és a dir, si una regió és la que més gasta en un determinat tipus de servei en el primer any analitzat, el més probable és que continuï gastant més durant la resta d'anys del període. Això denota que hi ha una gran inèrcia en la despesa que potser caldria replantejar. Sobretot, per poder reaccionar amb agilitat als canvis demogràfics experimentats per les diferents regions.
12. Finalment, s'ha calculat un cost mitjà per visita l'any 2007 de 21,4 euros. Tanmateix, amb diferències regionals importants: l'interval va de 14,65 euros fins a 31,4 euros. La despesa mitjana per recepta va ser de 12,9 euros, sense gaires desviacions.

Estimació i anàlisi de la despesa en atenció primària i salut comunitària a Catalunya, 2005-2008

6. Limitacions i propostes de recerca futura

Aquest estudi té dues limitacions principals. D'una banda, la manca de dades en alguns casos, o la manca de dades classificades segons els criteris emprats. Aquest problema, però, no afecta les partides de despesa principals i, quan sí que afecta, en general ha estat possible fer imputacions raonables. Per tant, creiem que aquesta mancança no altera les grans línies de tendència. L'altra limitació té més a veure amb l'abast propi de l'estudi. Com que es tracta d'una primera anàlisi, han sorgit moltes preguntes a les quals no s'ha pogut donar resposta perquè caldria plantejar una altra metodologia, treballar amb uns altres tipus de dades i, en definitiva, fer un altre tipus d'estudi. De fet, les propostes de recerca futura que s'enumeren a continuació tenen majoritàriament l'origen en aquestes qüestions no contestades a la investigació actual.

En primer lloc, caldria aprofundir en l'anàlisi de la variabilitat regional de la despesa i fer-ho separatament per línies de servei, sobretot les més significatives, com ara els EAP, la farmàcia i les proves complementàries. Aquesta anàlisi permetria esbrinar quina part de la diferència es deu a factors reals (infradotació de recursos) i quina a una gestió més eficient. Per exemple, en el cas de la despesa per persona assignada als EAP, s'haurien d'identificar els factors de població, morbiditat, professionals, el model de provisió i l'entorn que modifiquen la despesa i n'expliquen les diferències.

En segon lloc, caldria investigar més detalladament l'evolució de la despesa real i el pes de l'evolució demogràfica comparada amb d'altres factors també importants, com ara l'evolució de la morbiditat i el seu tractament (protocols) o la força dels grups de pressió i la demanda social.

Finalment, s'haurien d'abordar estudis de cost-efectivitat, en els quals les xifres de despesa es posin en relació amb els resultats de salut. Els treballs que s'han fet fins ara sobre eficiència de l'atenció primària han basat els resultats en mesures d'activitat (despesa per visita, fonamentalment). El que interessa, però, és l'impacte sobre la salut de la població. Actualment en el sistema hi ha força informació sobre alguns dels resultats de salut que s'haurien d'aprofitar per fer una anàlisi de cost-efectivitat a escala de GTS o, fins i tot, d'EAP.

7. Bibliografia

- ¹ Borrell Carrió F, Gené Badía J. *La Atención Primaria española en los albores del siglo XXI*. Gestión Clínica y Sanitaria 2008; 10 (1): 1-7.
- ² Cutler DM. *Technology, Health Costs, and the NIH*. Paper prepared for the National Institute of Health Economics Roundtable on Biomedical Research, setembre 1995.
- ³ Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del servicio andaluz de salud. Junta de Andalucía, Sevilla, 2007.
- ⁴ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. *Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària. Elements estratègics per a la innovació*. Mimeografiado, Barcelona, Departament de Salut, 2008.
- ⁵ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. *Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària. Línies d'avenç i reflexió per a l'operativització del Pla*. Mimeografiado, Barcelona, Departament de Salut, 2008.

- ⁶ Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. *El pressupost de salut 2008*. Col·lecció "Els Llibres dels Fulls Econòmics", núm. 23. Barcelona, Departament de Salut, 2008.
- ⁷ Generalitat de Catalunya. CatSalut. *Memòria 2007*. Barcelona, Servei Català de la Salut, 2007. Disponible a: http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/publicacions/memories/2007/07_catsalut.pdf
- ⁸ Gervas J, Pérez Fernández M. *La necesaria atención primaria en España*. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2008; 10 (1): 8-12.
- ⁹ Ginsburg PB. *High and rising health care costs: desmitifying US health care spending. The Synthesis Project*. Princeton, NJ, Robert Wood Johnson Foundation, 2008.
- ¹⁰ Kringos DS, Boerma WGW, et al. *The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions*. *BMC Health Services Research* 2010; 10 (65): 1-49.
- ¹¹ Lee TH et al. *The future of primary care*. *N Engl J Med* 2008; 359: 2085-92.
- ¹² Ministerio de Sanidad. *Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario*. Madrid, Ministerio de Sanidad 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/grupodeTrabajoSanitario2007.pdf>
- ¹³ Ministerio de Sanidad y Consumo. *Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012*. Proyecto AP 21. http://www.msc.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf. [Consulta: 15 de setembre de 2008]
- ¹⁴ OCDE. *OECD Health Data, 2008*. Paris: OCDE, 2008.
- ¹⁵ OMS. *World Health Report, 2008. Primary care: now more than ever*. Ginebra: OMS, 2008.
- ¹⁶ Reial decret 1030/2006, de 15 de setembre, pel qual s'estableix la cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut i el procediment per a la seva actualització. BOE 2006 ; (222):32650-32679.
- ¹⁷ Rico, A. *The case for primary care leadership within European health care systems*. A: Saltman RB, Rico A, Boerma W, editors. *Primary Care in the Driver's Seat? Organizational re-structuring in European primary care*. Buckingham: Open University Press London, 2006.
- ¹⁸ Segura A, Martín Zurro A, et al. *Avaluació dels models de provisió de serveis d'atenció primària a Catalunya*. Barcelona, Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2009.
- ¹⁹ Servicio Andaluz de Salud. *Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía 2008*. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/economia/hacienda/planif_presup/presupuesto2008/estado/programas/programas-e-32.pdf. [Consulta: 16 de setembre de 2008].