

Implicación de los profesionales sanitarios en el control de los gastos

J. Gutiérrez Morlote
Secretario General de Salud. Ministerio de Sanidad

Vuelvo otra vez a tu regazo eterno.
Hijo pródigo fui que se destierra
de la heredada paz y busca guerra
por dulce hastío del hogar paterno.

Gerardo Diego, 1961

INTRODUCCION

Durante años se han venido calificando de «economicistas» cualesquiera medidas que pretendieran controlar el incremento de los costes sanitarios o, simplemente, introducir una cultura de eficiencia en la gestión de los recursos públicos. Parece como si esta denominación fuera descalificadora al oponerse frontalmente a la buena praxis profesional. No pretendo intervenir en tan estéril polémica, sino precisamente demostrar que los términos en que se plantea son impropios de 1993, que el incremento del gasto ha sido impresionante, que a todos preocupa y que los profesionales no pueden eludir tal responsabilidad social.

La importancia del gasto sanitario (GS) y de su incremento anual, unidos a la existencia de importantes «bolsas» de ciudadanos que carecen de la más elemental cobertura de sus riesgos sanitarios, es motivo de preocupación y de estudio en USA, en medios especializados (sanitarios, económicos) y en la población general, hasta el punto de motivar una especial atención de los candidatos a la Presidencia.

Según Blendon (1991), «nunca tantos americanos tuvieron tanta conciencia sobre los defectos más visibles del sistema de atención sanitaria: su incapacidad para poner freno a unos gastos médicos que se han disparado y el hecho de que no proporcione atención sanitaria básica a todos los ciudadanos».

El preámbulo de la ley firmada en Minnesota por el gobernador Carlson el 23 de abril de 1992, cuyos modestos objetivos consistían en disminuir un 10 % anual el incremento del coste de la atención sanitaria y ampliar la cobertura a muchos, no todos, ciudadanos, decía: «El sorprendente crecimiento de los costes de la atención sanitaria está teniendo un efecto devastador sobre la salud y el coste de la vida».

Pero ni el fenómeno en sí mismo ni la preocupación que produce son exclusivos de sistemas sanitarios eminentemente liberales como el norteamericano. Con un punto de partida radicalmente diferente en cuanto a la filosofía inspiradora y en cuanto a su concreta organización, el Reino Unido (Servicio Nacional de Salud) ha participado del mismo problema y ha adoptado medidas para su corrección. Los intentos de reforma del Servicio Nacional de Salud (NHS) por el Gobierno de la señora Thatcher motivaron animados debates parlamentarios y apasionamiento en los profesionales y en la opinión pública.

La preocupación obedece no sólo a la lógica contradicción entre ciudadano-contribuyente y ciudadano-enfermo (cuyos intereses e inquietudes no siempre coinciden), sino a la constatación de que, de no adoptarse urgentes medidas, tal incremento del gasto sanitario puede amenazar el propio futuro de las prestaciones, allá donde existen, como garantía de los ciudadanos, de los trabajadores o, simplemente, de los asegurados.

Por poner un ejemplo de reciente actualidad, en España, de continuar el incremento del gasto farmacéutico (superior al 15 % interanual), en 1996 representaría 1,2 billones de pesetas, cifra evidentemente incompatible con la supervivencia del derecho a tal prestación e incluso del sistema de protección de la salud.

En la última década, el gasto por asegurado en pesetas constantes aumentó en España en un 46 %. Actualmente, el gasto sanitario representa el 6,6 % del PIB y es en un 22 % privado y en un 78 % (58 % de ingresos del Estado y 20 % de cuotas sociales) público, aproximadamente medio punto por debajo del GS medio de la Comunidad Europea y con un gasto sanitario público (GSP) igual a la media de GSP de la Comunidad.

DETERMINANTES DEL GASTO SANITARIO RELACIONADOS CON LOS PROFESIONALES

Generales

El envejecimiento de la población, la llamada «cultura del cuerpo» como una manifestación del consumismo, el solapamiento de la demanda de servicios sociales, la desaparición de los lazos familiares tradicionales, las menores dimensiones de las viviendas, la aparición de nuevas enfermedades o la implantación de sofisticada tecnología han sido factores reiteradamente invocados para explicar el aumento de la demanda de servicios sanitarios.

Pero no son estos factores los que corresponde analizar cuando se trata de la implicación de los profesionales en el control del gasto sanitario, sino de ver la incidencia que tiene precisamente el factor humano.

Las nóminas

Ya en la propia distribución del GS merece consideración la parte de ese gasto que se dedica a las nóminas o a los honorarios de los profesionales. Precisamente el olvido de este hecho, tan obvio, ocasionalmente limitó medidas destinadas a frenar los costes hospitalarios. Fue el caso de la Administración Carter, que en 1977, pese a que los trabajadores de los hospitales ganaban más que sus homólogos de otros sectores, dejó los incrementos salariales exentos del límite de beneficios hospitalarios. Los últimos años las tarifas de los médicos subieron en USA más rápido que los precios de consumo en general. Los salarios de los trabajadores del sector sanitario superaron rápidamente a los de otros sectores (Enthoven, 1986).

No conozco ninguna respuesta que sea absolutamente correcta a la pregunta de sobre cuáles deberían ser las rentas de los médicos. La manida afirmación de que tales retribuciones han de ser «dignas» no explica en relación a qué (el trabajo realizado, las retribuciones de otros titulados superiores en la Administración, los honorarios de un profesional liberal, los honorarios de un médico americano, los estudios realizados, la dificultad del ejercicio profesional, la responsabilidad...) ni concreta su cuantía. De hecho, las retribuciones de un especialista, respecto de la renta per cápita de su respectivo país y según fuentes del INE, la Oficina de las Comunidades Europeas y la Embajada de los Estados Unidos, serían en España 3,9; en el Reino Unido, 4,1, y en USA, 12,3.

Para evaluar si las rentas de los médicos son razonables se ha venido considerando que, en compara-

ción con otros profesionales, los médicos incurren en costes de formación más elevados y trabajan más horas. Sobre todo, a mi juicio, participan de una condición que en el mundo empresarial es específica de los directivos: con sus decisiones determinan el gasto, algo que en el caso de la Administración española les separa de, por ejemplo, docentes, jueces o militares. Es esta característica, asumida en su integridad en forma de corresponsabilización en los resultados -positivos o negativos- del servicio público, la que podría justificar en nuestro país diferencias retributivas con los restantes titulados superiores servidores públicos también.

Las fórmulas retributivas

El incremento del gasto sanitario también depende de la fórmula elegida para retribuir a los médicos.

Así, por ejemplo, Enthoven (1978) ha dicho que, en USA, la causa principal del injustificado e innecesario incremento de los costes es el sistema de perversos incentivos inherentes al sistema de pago por acto para los médicos, que les recompensa por facilitar servicios cada vez más costosos, sean o no más necesarios o beneficiosos para el paciente, produciendo inflación, al premiar los comportamientos que favorecen un incremento de los costes y al no proporcionar incentivos para la economía. Incluso los médicos con especialidades de escasa utilización tecnológica, por ejemplo, la medicina interna, pueden triplicar sus ingresos por consulta mediante la utilización más intensiva de procedimientos tan simples como la electrocardiografía, la radiografía de tórax y pruebas básicas de laboratorio.

El NHS británico retribuye a los médicos de medicina general mediante una combinación de métodos. A la capitación corresponde el 60 % y se subvencionan también los gastos generales de las consultas. Los honorarios los establece anualmente una junta de Revisión de Pagos de Médicos y Dentistas con carácter cuasi gubernamental. En cambio, los especialistas del Reino Unido trabajan como médicos asalariados.

Según el nuevo contrato introducido por vía parlamentaria en 1991, los pagos a los médicos generales pueden pasar a convertirse muy pronto en algo semejante a los contratos americanos. Todos los médicos generales sujetos a un tope financiero en lo que respecta a los gastos de prescripción de medicamentos pueden asumir la responsabilidad de los pagos de pruebas de diagnóstico, consultas con especialistas y cirugías cargándolos sobre el presupuesto de atención primaria, debiendo reinvertir los excedentes de su presupuesto de atención primaria en mejoras de

sus consultas; los beneficios no pueden retenerse como renta neta adicional.

Las retribuciones de los médicos de atención primaria en los Estados Unidos son, como luego veremos, algo bastante más complicado y administrativamente embarazoso.

Los médicos españoles de Atención Primaria reciben retribuciones prospectivas según un criterio capitolario corregido en función de la pirámide de edad y la dispersión geográfica. Los médicos especialistas son asalariados en los hospitales y sus retribuciones varían fundamentalmente según las guardias que realicen, teniendo un 70 % dedicación exclusiva al centro.

Las decisiones clínicas

Si, como vemos, en la composición interna de ese GS figuran los honorarios, retribuciones o salarios del personal sanitario, que representan más de la mitad de los presupuestos en el caso del Sistema Nacional de Salud español (el 53 % de los presupuestos del INSALUD), la casi totalidad de ese gasto responde a las decisiones de los profesionales sanitarios y muy especialmente de los médicos.

The Economist, en enero de 1988, calificaba («la falta de responsabilidad de los médicos») como «uno de los fallos estructurales más graves del sistema» sanitario británico.

El Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (julio de 1991), la llamada «comisión Abril», puso de manifiesto que las medidas de reforma habían de estar presididas por, entre otros, los siguientes principios generales:

- Incorporar el mayor grado de responsabilidad en los profesionales del Sistema, como forma de alcanzar una mayor eficiencia...
- Crear una conciencia de coste» en el profesional sanitario...
- Obtener el mayor grado de participación activa, de vinculación al proyecto y de motivación de los profesionales sanitarios.

Para Immergut (1990), estudiando las reformas sanitarias en ocho países, («la remuneración de los médicos comprende sólo por término medio el 10 % del GS, pero los médicos son responsables del 90 % de los gastos en sanidad»).

En España, las retribuciones de los médicos suponen el 13,78 % de los presupuestos del INSALUD para 1992, un 26,24 % del total de gastos de personal. Evidentemente, tal cifra ha de relacionarse con las plantillas existentes y éstas con la organización del trabajo.

La formación

¿Prepara la sociedad, a través del mundo educativo, a los estudiantes de Medicina para que puedan asumir, con conocimiento de causa, tales responsabilidades?

En USA, afirmaba Enthoven (1978), «los médicos reciben sólo un 20 % de cada dólar empleado en asistencia sanitaria, pero controlan o influyen sobre la mayor parte del resto. Los médicos son los principales decisores del sistema de asistencia sanitaria. No reciben formación en economía médica. Una mayoría de ellos no tienen idea de lo que son en realidad los costes hospitalarios, los costes farmacéuticos y otros costes secundarios de la asistencia a los pacientes».

Una encuesta de 1986 reveló que, de 28 escuelas médicas en Gran Bretaña, seis carecían de programa de economía sanitaria y en las tres cuartas partes de las otras no se dedicaban más de cuatro horas por curso (Spoor).

Tampoco en nuestro país, y a pesar de lo dispuesto en las directrices de los planes de estudio aprobadas por el Gobierno en noviembre de 1990, los estudiantes de Medicina reciben una formación específica y suficiente acerca de la responsabilidad social que implica una adecuada utilización de los recursos.

Los médicos, como vemos, no tienen por qué conocer la enorme trascendencia para la economía nacional de sus decisiones clínicas de todos los días.

El número y distribución

El número de profesionales y su distribución por especialidades también influye en el GS, induciendo una determinada demanda, consecuencia tanto de un excesivo número de médicos como de un concepto de la Medicina basado en la superespecialidad, en el acercamiento al paciente como portador de una patología rara, tributaria de sofisticados y no siempre efectivos medios diagnósticos y terapéuticos.

Schroeder y Sandy (1993) han invocado la dominación ejercida por los especialistas sobre el sistema sanitario norteamericano como una de las principales causas que explicaría que el GS superase en 1992 la fabulosa cifra del 14 % de su PIB, añadiendo que «cualquier intento de controlar los costes o de garantizar el acceso está llamado a fracasar a menos que creemos una estrategia nacional para el personal médico que aborde el problema de su composición por especialidades».

En USA, la relación entre médicos de atención primaria y población general es parecida a la del Reino Unido. El problema es que hay proporcionalmente

muchos más especialistas. Mientras en la mayoría de los países desarrollados los médicos generales son un 50-70 % del total de médicos, allí el objetivo es llegar al 50 %, lo que no resulta sencillo si consideramos la diferencia de ingresos entre unos y otros y el clima favorable a la superespecialización de las escuelas de Medicina norteamericanas.

En Canadá, los esfuerzos para disminuir la relación médicos generales/médicos especialistas se han concretado en una disminución en el número de puestos de prácticas para la residencia.

En España esa proporción es de un 61 %, de médicos generales frente a un 39 % de especialistas, pero lo que resulta preocupante es el número total de licenciados.

En 1990, el número de médicos por cada 1.000 habitantes era de 1,4 en el Reino Unido, de 2,5 en los Estados Unidos y de 3,5 en España.

Si la AMA llegó a pedir a las escuelas de Medicina que redujeran el número de estudiantes, en España no hemos asistido a iniciativas semejantes por parte de la corporación médica ni de ningún sindicato «profesional».

En 1987, las Administraciones educativa y sanitaria promovieron ante el Consejo de Universidades el compromiso tácito de reducir anualmente un 10 % las admisiones en las Facultades de Medicina. Ese número se ha ido reduciendo (aunque en una proporción menor y con un «rebote» en el curso 1991-92 que se atribuyó al llamado «distrito único») desde los 22.554 alumnos admitidos en 1976-77 a los 4.206 del curso 1993-94.

Sin embargo, con una «bolsa» no definida y reiterada e interesadamente manipulada de médicos no especializados (que no necesariamente en desempleo) y una oferta de formación especializada que actualmente supera al número de admitidos en las Facultades, España se sitúa en el tercer lugar de la Comunidad Europea en médicos por 1.000 habitantes, después de Italia (4,7) y de Alemania (3,7).

Probablemente el único efecto beneficioso de esta plétora médica es la posibilidad de que se haga auto-crítica desde los propios medios profesionales. Como dice Kornberg, «todos en el hospital, y cuando digo todos quiero decir todos, saben quiénes son los malos médicos, antes de que sus nombres aparezcan en el periódico».

Las plazas MIR que se ofertan cada año tienen como límite superior las posibilidades de formación que se acreditan en el sistema sanitario. Las Universidades, en uso de su autonomía, pueden admitir cuantos estudiantes de Medicina estimen oportuno, si bien con las lógicas presiones derivadas del mantenimiento del status del profesorado. En la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, la proporción profesor-alumno es de 1 a 2,5.

En el Reino Unido, puesto que el Gobierno actúa, como en España, de financiador único de la formación médica básica y de postgrado, así como de las retribuciones de los médicos del sistema público, los departamentos de Educación y Salud regulan el abastecimiento total de médicos, la combinación de especialidades y su distribución geográfica. La educación médica es gratuita y la mitad de todos los médicos recién graduados optan de buen grado por el ejercicio de la medicina general como primera opción.

Por el contrario, en USA hay pocos controles sobre las escuelas de Medicina y los puestos de residente. Los programas de residentes de atención primaria cuentan, por lo general, con menos aspirantes que los programas de subespecialidades, y los estudiantes se gradúan con un alto nivel de endeudamiento por las tasas académicas universitarias.

La organización de los servicios

También la propia organización de los servicios determina un mayor o menor gasto sanitario. Así, la existencia de una Atención Primaria de Salud, sus relaciones con la asistencia especializada, la dedicación a cada paciente, la posibilidad de proporcionar atención domiciliaria y hospitalaria y de solicitar exámenes complementarios, la prescripción de medicamentos, etc., repercuten en el nivel neto de demanda de servicios y, por ende, en el GS.

En el Reino Unido, la entrada al NHS se hace por un único acceso, el médico general, y el paso de un nivel a otro se rige por un estricto sistema de derivación. El médico general británico sigue realizando muchas visitas domiciliarias, sólo realiza pruebas básicas en sus consultas y no accede directamente a procedimientos de alta tecnología.

En los Estados Unidos, la comunicación de los distintos niveles de atención es más complicada, y los límites entre los médicos de atención primaria y los especialistas están más desdibujados. Por lo general, los pacientes asegurados pueden ingresar en el sistema directamente en cualquier nivel de atención. El médico de familia casi no realiza visitas domiciliarias y trabaja más horas por semana.

Los internistas estadounidenses prescriben 40 veces más electrocardiogramas, siete veces más radiografías de tórax, cinco veces más recuentos sanguíneos y cuatro veces más análisis de orina que los médicos generales británicos. En España, por cada 100 pacientes se solicitan 1,24 radiografías y cuatro pruebas de laboratorio.

En los Estados Unidos, un médico de familia dedica una media de doce minutos a cada paciente que asiste a su consulta. En el Reino Unido, ocho minutos (Grumbach y Fry, 1993), y en España ese tiempo

oscila entre los 5,37 minutos para la consulta espontánea o a demanda y los 33 minutos para la consulta programada.

Tanto en el Reino Unido como en los Estados Unidos, menos de una de cada 10 consultas con un médico de atención primaria dan como resultado una derivación a un especialista. En España, las derivaciones son del 3,54 %.

Los estados de salud son muy similares en los tres países. Los costes per cápita son la diferencia más importante, siendo tres veces mayores en los Estados Unidos que en el Reino Unido o España.

Las diferencias interterritoriales

También existen importantes variaciones territoriales en la demanda y en la prestación de servicios sanitarios, diferencias que tampoco se concretan en mayores niveles de salud, pero que repercuten gravemente en los costes.

Lembcke (1952) observó grandes variaciones en la tasa de apendicectomías en diferentes áreas de servicios hospitalarios de Nueva York, llegando a la conclusión de que una tasa más baja de operaciones de apendicitis no guardaba relación con mayores tasas de mortalidad por apendicitis. Más bien llegó a la conclusión contraria.

Wennberg y Gittelsohn (1980) encontraron grandes variaciones en el consumo per cápita de diversos servicios de salud en 13 áreas diferentes de Vermont, a pesar de la similitud de la población, y no observándose evidencia de que aquellos que vivían en zonas de coste más elevado tuviesen mayor necesidad de atención médica ni de que, en realidad, se produjese más salud...

En unos programas de consulta quirúrgica, dirigidos por McCarthy (1975) en Nueva York para varios sindicatos, la segunda opinión era voluntaria y en otros obligatoria. El 34 % de las recomendaciones para una operación en los programas voluntarios y el 17 % en los obligatorios no fueron confirmadas por la segunda opinión.

Las observaciones de Bunker y Brown (1974) sobre las elevadas tasas quirúrgicas entre familiares de médicos vendría a respaldar la consideración de que la mayoría de los cirujanos que recomendaron la intervención creían honestamente que estaba indicada. Pero estos resultados de las segundas opiniones nos permiten suponer que, en muchos casos, los riesgos y beneficios para el paciente están bastante equilibrados.

Hutter (1973) no descubrió «ventaja adicional aparente para el paciente con un infarto de miocardio definido y no complicado entre una estancia hospitalaria de tres semanas y otra de dos semanas».

McNeer (1978) habló de un resultado similar por lo que respecta al alta hospitalaria al cabo de una semana.

La medicina defensiva

La llamada «medicina defensiva», multiplicación de las pruebas y exámenes complementarios para evitar eventuales y cada vez más frecuentes demandas por negligencia, contribuye también sustancialmente al incremento del GS.

En España, y según informaciones recientes de la prensa general (diario *Ya* de 5-VII-931, en tres años las denuncias contra personal sanitario se han multiplicado por 20.

Los ejemplos foráneos y la fe ilimitada en los avances de la ciencia han conseguido que se viva como un fracaso el dolor y la propia muerte. No basta con la suficiencia de medios, la dedicación del profesional y los procedimientos técnicamente irreprochables; se exigen resultados.

Se ofrecen pocos incentivos para recabar información o, si ya se tiene, para actuar sobre ella, y si las personas responsables de las decisiones no se preocupan por la eficacia de costes, el sistema no será eficiente.

FACTORES A CONSIDERAR EN CUALQUIER REFORMA QUE PREIENDA IMPLICAR A LOS MEDICOS

Conocer lo que piensan

En primer lugar tenemos que conocer lo que piensan los profesionales; resulta imprescindible conocer su grado de satisfacción/insatisfacción y las causas.

Así, por ejemplo, aunque la mayor parte de los médicos de cada país consideraron que su sistema de atención sanitaria requería reformas, los médicos de los Estados Unidos estaban menos satisfechos con su sistema que los de Canadá y los de Alemania Occidental (*N Engl J Med*, 1993).

En USA, el ambiente actual del ejercicio profesional, con su microgestión y su sistema de pagos plagado de incentivos perversos, hace que el 40 % de los médicos en ejercicio se arrepientan de haber elegido una carrera médica (Schroeder y Sandy, 1993).

Atribuir el descontento o, simplemente, la desmotivación a causas económicas es una simplificación excesiva. Han de considerarse otros muchos factores, desde las perspectivas de reconocimiento y progreso profesional al modelo de dirección o el envejecimiento.

Descubrir incentivos

Conocer lo que piensan y cómo viven su ejercicio profesional los médicos nos permite también descubrir posibles incentivos.

Se ha dicho que los factores económicos son importantes, pero no todos los factores importantes son económicos. Los incentivos financieros del pago por acto médico se ven reforzados por las demandas y expectativas de pacientes ansiosos, el prestigio ligado a una asistencia tecnológica costosa y la necesidad de una «medicina defensiva».

Hemenway (1990) comparó los patrones de la práctica de médicos, empleados a tiempo completo en diferentes centros del área de Boston, en los mismos meses, antes y después de la puesta en práctica de un nuevo contrato que implicaba ingresos extras según los ingresos que generasen individualmente. Durante los períodos comparados, los médicos aumentaron un 23 % el número de pruebas de laboratorio realizadas por paciente atendido y en un 16 % el número de radiografías por paciente. El total de la facturación mensual creció un 20 %, en su mayor parte como resultado del 12 % de aumento medio en el número de pacientes atendidos al mes. Las retribuciones de los siete médicos que ganaron regularmente extras aumentaron un 19 %.

Concluyó que los incentivos monetarios sustanciales basados en el rendimiento individual pueden inducir a un grupo de médicos a aumentar la intensidad de su práctica, aunque no todos se beneficien de los incentivos.

Hillman (1991-93), un internista que es el investigador más prolífico sobre la cuestión de los incentivos a los médicos, está convencido por su trabajo empírico de que los médicos, ya sea que reciban sus remuneraciones por un sistema capitolativo o de honorarios por servicio, responden a los señuelos financieros en la dirección esperada.

Pero los médicos y demás profesionales de la salud también están motivados por metas no financieras, entre ellas el deseo de curar al enfermo y de lograr excelencia profesional obteniendo la estima de sus iguales y del público.

Evitar resistencias, buscar su complicidad

Hay que tener en cuenta que no es posible hacer reformas contra los médicos. Al menos es muy difícil. Ni siquiera resulta conveniente hacerlas al margen de los profesionales. Se ha de buscar su complicidad activa.

En USA, y durante muchos años, algunos médicos bloquearon eficazmente el desarrollo de sistemas al-

ternativos de asistencia, en los que los consumidores pudieran escoger, a través de boicots contra los asegurados que trataban de desarrollar aquellos planes (con el pretexto de defender «el derecho del paciente a la libre elección de médico») y mediante el ostracismo profesional de los médicos participantes en dichos planes.

Paradójicamente, la conservadora administración republicana de Reagan consiguió hacer modificaciones en contra de los intereses económicos de los médicos americanos. «Entre los DRG's y la congelación de honorarios de los médicos de Medicare, es justo decir que el complejo médico-industrial es el único grupo económico de interés al que la Administración Reagan ha amedrentado realmente» (Easterbrook).

No provocar incertidumbre

Un elemento que también se interpone sistemáticamente entre la voluntad de reforma y la posibilidad de llevarla a cabo, entre el deseo racional de mejorar las cosas, de contener el crecimiento de los costes y la cooperación de los profesionales, es la incertidumbre.

Los profesionales pueden llegar a pensar, como Caius Petronius (66 d.C.), «Nos preparamos, pero parecía que cada vez que comenzábamos a formar equipos nos reorganizaban. Más adelante aprendía que tendemos a enfrentarnos a cualquier nueva situación reorganizando, y cuán maravilloso puede ser este método para crear la ilusión de progreso produciendo a la vez confusión, ineficiencia y desmoralización».

En el fondo de las resistencias, aparentemente irracionales, a cualquier reforma se encuentra muchas veces el temor de los profesionales a cambiar a situaciones nuevas poco explicadas. ¿Cuántos sanitarios locales no se habrán opuesto a la reforma de la atención primaria ante la inseguridad de si su práctica profesional, ejercida durante lustros en el aislamiento y el olvido, es la más correcta? ¿En cuántas ocasiones no habremos enfrentado a los profesionales con la reforma, sin saberlo, al identificarla con un metadenguaje (equipo pluridisciplinar, atención integral, protocolos...) insuficientemente clarificado?

El pacto con los profesionales

Por difícil que parezca, ha de intentarse el pacto con los profesionales a través de sus representantes corporativos o sindicales, caso de tener la fortuna de que éstos existan.

En otros países, su poder social y económico ha pretendido intervenir incluso en la vida política: «...

la AMA gastó unos 4,5 millones de dólares en las elecciones de 1986 tratando de derrotar a los miembros del Congreso que habían respaldado ciertos cambios. Aportó 300.000 dólares al oponente del miembro de la Cámara de Representantes, Jacobs, al parecer la cantidad más grande jamás gastada por un grupo de interés contra un miembro del Congreso. (El tiro salió por la culata: Jacobs ganó fácilmente)).

En España también hubo torpes intentos en el pasado reciente, poco representativos y rechazados por el conjunto de los profesionales («Operación Primavera»).

Los médicos tendrán que desempeñar un papel activo y constructivo en la configuración de un nuevo sistema de atención sanitaria, porque no existe organización global alguna que tenga probabilidades de conseguir lo que desea sin su cooperación. Es éste el momento de que nuestra profesión haga causa común con el Gobierno y dé soluciones para un problema social apremiante que no se va a resolver por sus propios medios (Belman, 1989).

El pacto ha de ser resultado no sólo de una voluntad de diálogo y de una respuesta ética a los problemas del sistema, sino también la consecuencia lógica de una influencia de intereses: los de los ciudadanos (contener el crecimiento del GS y mantener las prestaciones) y los de los profesionales (un digno ejercicio profesional y unos incentivos suficientes).

Paciencia, gradualismo

Además, y desde el comienzo mismo de cualquier reforma, hemos de tener paciencia, ser unos convencidos del gradualismo en las soluciones.

Buscando también referencias externas, experiencias ajenas nos encontramos reiteradamente, tanto en USA como en UK, con afirmaciones tales como: «... tendría que haber un período de transición, tal vez de dos años...»; o «... la reorganización de los servicios sanitarios llevará mucho tiempo. Será necesario que transcurra una década o más antes de que la mitad de la población cuente con los servicios de algún tipo de sistema organizado con incentivos para la economía, aun en las condiciones más favorables. Esto es mucho tiempo si se le considera desde un punto de vista político...», o «... la transformación de la medicina americana tardará por lo menos una generación. Y sin un apoyo importante por parte de la comunidad médica, la probabilidad de esto disminuirá de una manera desmesurada».

La reforma de la Atención Primaria en España chocó al principio con la desconfianza de los profesionales, traducida en una durísima oposición.

Hoy, nueve años después del primer RD que establecía el llamado «nuevo modelo», con más de las dos terceras partes de la población atendida por equipos de Atención Primaria, las reivindicaciones del sector se centran en «cerrar» cuanto antes la reforma. Como vemos, ha pasado comparativamente poco tiempo y se han hecho modificaciones que, en relación con los «ríos de tinta» dedicados, por ejemplo, al «Plan de Oregón» (que afecta a pocos miles de personas), merecerían más atención de la prensa especializada.

La «carrera profesional» o la «Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias» son buenos ejemplos de cómo iniciativas de la Administración se han convertido inmediatamente en banderas sindicales y encabezan cualquier tabla reivindicativa que muy poco antes las ignoraban.

Los rendimientos marginales

Contener el crecimiento del GS con la implicación de los profesionales supone también considerar los rendimientos marginales.

Para ejemplos médicos de disminución de rendimientos marginales deberíamos estudiar la relación que tiene el producto «salud» con la prolongación de una estancia hospitalaria de un paciente ya diagnosticado, o en la relación entre un diagnóstico correcto y el número de pruebas diagnósticas, o en la relación entre el estado de salud de una población determinada y el porcentaje de esa población a la que se aplica un procedimiento quirúrgico optativo.

En la actualidad estamos practicando gran cantidad de «medicinas sin productividad», es decir, aplicaciones de recursos de atención sanitaria que no arrojan ningún beneficio evaluable.

Todo parece indicar que hay una gran desviación a favor de una mayor atención y de una atención más costosa, ayude o no al paciente.

De acuerdo con la frase de Fuchs (1976), «... la medicina debería pensar en la posibilidad de contribuir más haciendo menos». Y los lugares para emprender esa acción son aquellos donde las curvas que relacionan los beneficios con los costes son planas.

Fuchs afirma también que «un 10 % de la asistencia sanitaria reduce la salud de los pacientes y que otro 10 % tiene poco o ningún efecto sobre la misma». Sin embargo, en palabras de Maynard (1987), «es difícil justificar afirmaciones como la de que más del 20 % de los gastos en asistencia sanitaria puede que tenga efectos mínimos sobre el status sanitario y mucho menos identificar qué 20 % de la actividad de asistencia sanitaria es prácticamente inútil, excepto como medio para mantener a los trabajadores de este sector...».

Con frecuencia, la propia competencia técnica e inquietud profesional de muchos médicos actúa en contra de la eficiente utilización de los recursos. Si a ello se suma la búsqueda de la autarquía regional como recurso político partidista, el incremento del GS está garantizado. No podemos olvidar que, en la producción de muchos servicios especializados, el coste medio por unidad decrece sustancialmente a medida que aumenta el número de unidades producidas por año.

Finkler (1977 y 1978) estimó los costes de la cirugía extracorpórea en función del volumen anual, examinando todos los costes relevantes para una combinación típica de operaciones en un gran centro médico de California. Con 50 pacientes por año, el coste por paciente sería aproximadamente de 21.100 dólares; con 500 pacientes por año, el coste sería aproximadamente de 8.700 dólares. Examinó entonces la distribución de las operaciones extracorpóreas realizadas en California. En 1975 se realizaron casi 15.000 operaciones en 91 hospitales, con un promedio de 163 por hospital. En 48 hospitales hubo 100 operaciones o menos. Estimó lo que hubieran sido los costes totales si todos los hospitales hubiesen producido el volumen indicado con los costes por unidad que había calculado y cuáles hubiesen sido si todos los procedimientos se hubiesen realizado en 30 centros que hiciesen 500 operaciones cada uno: se hubieran ahorrado aproximadamente 44 millones de dólares por año tan sólo en aquel estado.

Otros servicios que presentan un coste unitario decreciente al aumentar el volumen son, por ejemplo, los laboratorios clínicos, las tomografías axiales computarizadas y la atención de maternidad y neonatal. Las estimaciones hechas por Pettigrew (1976) de los costes de una unidad de maternidad implican 1.245 dólares por ingreso con 400 ingresos al año y 653 dólares por ingreso con 1.200 ingresos por año. Evens y Jost estimaron el coste de cada examen tomográfico en alrededor de 157 dólares con un volumen de 40 pacientes por semana y de 89 dólares con 80 pacientes por semana.

La capacidad técnica como resultado de la experiencia

La capacidad técnica basada en la experiencia puede generar, por el contrario, ahorros adicionales y éstos no quedan reflejados en las estimaciones. La atención seguramente será mucho mejor en el hospital que realiza 500 operaciones por año que en el que sólo realiza menos de 100. La calidad y la economía no siempre están enfrentadas; he aquí un caso en el que marchan juntas.

Los análisis de coste-eficacia

Los médicos deberían alentar la utilización de análisis de la relación coste-eficacia para la toma de decisiones médicas. Su objetivo es valorar todos los costes, riesgos y beneficios de distintas posibilidades de actuación a fin de que los encargados de tomar la decisión estén bien informados, reuniendo las experiencias de muchos médicos, de modo que cada uno no tenga que fiarse excesivamente de su propia experiencia.

Ya en 1850, Shattuck dijo acerca de la medicina de su época: «El gran error ha sido construir teorías sobre observaciones o afirmaciones sin averiguar debidamente si eran suficientemente numerosas, si se habían realizado con cuidado y veracidad suficiente, si habían seguido un plan uniforme y global o si eran imperfectas en algún otro sentido».

Los médicos en EE.UU. usan un fibrinolítico A u otro B en el infarto agudo de miocardio. Hasta el momento la evidencia clínica sugiere que no hay diferencia en los resultados usando A o B. Sin embargo, B es 12 veces más caro que A. Si las decisiones fueran racionales, se debería utilizar A. Pues bien, el 60 % de los médicos usa B.

Gray afirmaba en 1979 que «la fuerza del análisis de coste-beneficio, o cualquier otro concepto análogo, es función de su mayor debilidad: intentar dar un valor monetario a la vida humana... no es como el valor de las láminas de acero o cualquier otro bien para el que se utilice el análisis coste-beneficio. La vida humana no se puede expresar en términos monetarios». La respuesta de G. Mooney fue que «no se trata de un problema de elección entre economía y ética. Si no se utiliza la economía en el campo sanitario, el funcionamiento de la seguridad social será menos eficaz y las decisiones, al no ser explícitas, serán menos racionales de lo deseable. Podríamos continuar gastando una cantidad de dinero para salvar una vida de determinada manera cuando ese mismo dinero, empleado de otra forma, podría salvar más vidas. En la sanidad, los comportamientos ineficaces, no explícitos e irracionales tienen un alto precio: muerte y enfermedades. ¿Es esto ético?».

En 1983, Hampton afirmaba que «la libertad clínica ha fallecido y nadie debe lamentar su muerte», porque «si no se dispone de recursos para hacer todo lo que es posible, la asistencia médica debe limitarse a lo que es valor probado y la profesión médica debe dejar las opiniones a un lado».

«Sépanlo ellos o no, sobre el médico y el enfermo está operando la sociedad a que uno y otro pertenecen...» (Lain, 1969).

«No preocuparse de la salud de nadie más que de la persona que se tiene enfrente es una posición muy poco ética y entra en conflicto directo con el precep-

to ético de conducirse honestamente con los pacientes. A la gente que actúa sin tener en cuenta los costes se la denomina "fanática", no ética, y el fanatismo es tan peligroso en medicina como lo es en cualquier otra profesión» (Williams, 1989).

Como vemos, la discusión, planteada ocasionalmente en España en términos absolutos y dramáticos, no es nueva en los países desarrollados.

Valorar las nuevas tecnologías

La clásica atribución a las nuevas tecnologías de responsabilidad en el incremento del GS también afecta a los profesionales, responsables en muchos casos de su introducción y de su correcta evaluación.

Tecnología médica es, según la Oficina de Evaluación de la Tecnología de los Estados Unidos, «los medicamentos, aparatos y procedimientos médicos y quirúrgicos usados en la atención médica y los sistemas organizativos y de soporte dentro de los cuales se proporciona tal atención».

Siguiendo un reciente trabajo de Ricoy, Lázaro y Pozo, podemos afirmar:

- Que la distribución de las unidades de tecnología no es proporcional a la población de los países y que se observan grandes variaciones dentro de cada país.

- Que tales diferencias no responden a factores epidemiológicos, a la prevalencia de determinadas enfermedades en uno u otro sitio.

- Que la difusión de la tecnología se ve favorecida en las regiones ricas, debido a la mayor inversión del sector privado, mientras que el sector público contribuye al equilibrio, a la equidad.

Las innovaciones tecnológicas médicas deberían ser minuciosamente evaluadas en una etapa muy temprana, antes de que se extendiese su utilización. El número de injertos de bypass de arteria coronaria aumentó en USA a más de 70.000 operaciones al año, con un coste aproximado de 1.000 millones de dólares, mientras que la profesión médica seguía discutiendo las indicaciones y los méritos del procedimiento.

Un estudio de Rand demuestra que el 74 % de angiografías coronarias, el 35 %, de las endoarterioectomías carotídeas y el 72 % de las endoscopias gastro-intestinales fueron evaluadas por paneles de expertos como apropiadas. O, de otro modo, entre dos terceras partes y una cuarta parte de los procedimientos realizados o no están indicados o tienen una indicación dudosa.

Los médicos han de evaluar los beneficios y los costes de determinadas prácticas, recortando aquellas otras que no produjesen unos resultados mejores

para los pacientes, a fin de liberar recursos para las que sí lo hicieran.

Siguiendo a jennet, las razones para que una tecnología pueda considerarse apropiada son:

- Que sea *nece s a r i a*.
- Que sea *ú t i l*.
- Que sea *se g u r a*.
- Que sea *c l e m e n t e o a d e c u a d a*
- Que sea *se n s a t a*

Mantener la calidad a menor coste

Un coste menor no significa necesariamente una reducción en la calidad de la atención.

«...la calidad cuesta dinero, pero si se suprimen servicios inútiles y se producen servicios más eficientes es posible obtener una calidad más alta por el dinero que ahora se gasta en atención, o lograr la misma calidad a un costo menor» (Donabedian, 1980).

En muchos casos, como hemos visto antes, calidad y economía marchan juntas. Sería el caso de una correcta evaluación de los novedosos procedimientos de la hemodinámica intervencionista o, simplemente, de la correcta elaboración de una guía farmacoterapéutica.

En otros casos, el gasto puede reducirse sustancialmente sin que haya pérdida apreciable en las prestaciones a los pacientes. La simple elección del fibrinolítico más barato de entre los disponibles en el mercado, tras demostrarse científicamente que no existen ventajas terapéuticas de unos sobre otros.

La vehemencia en la defensa del rigor presupuestario, imprescindible por otra parte, puede hacer pensar que la eficiencia se consigue a costa de la buena praxis y que se buscan complicidades inconfesables con los médicos.

Un falso cientifismo puede hacernos creer que existen dos tipos de calidades, una de ellas sólo «aparente» (confort, trato humano...), cuando es más cierto que la confianza y la satisfacción del paciente contribuyen a la curación y prestigian al sistema sanitario dotándole de más credibilidad ante otros pacientes.

Nuevos problemas

Constantemente, en un sector de tanta importancia económica y tan dinámico, aparecen nuevos problemas. Uno de ellos sería el que la prensa médica norteamericana ha denominado «el médico empresario». Los médicos en ejercicio tienen ahora intereses financieros dentro de los laboratorios de diagnóstico, de los centros de radiología, de las clínicas de cirugía ambulatoria, de las unidades de diálisis, de los cen-

tros de fisioterapia y otras instalaciones por el estilo. Los beneficios de los médicos inversores dependen, al menos en parte, de la derivación de pacientes a estas instalaciones. La corriente empresarial entre los médicos es un fenómeno que se expande con rapidez y que está creando conflictos de intereses en casi todos los sectores de la profesión médica.

¿Redunda esto en beneficio de la sociedad y de la profesión médica? Y en caso de no ser así, ¿qué puede hacerse, si es que puede hacerse algo, para invertir esta tendencia?

Los defensores del mercado en la atención sanitaria dicen que el hecho de que los médicos actúen como empresarios no tiene nada de malo.

Sin embargo, este argumento pasa por alto el papel social básico del médico, que es el de actuar como agente y depositario de la confianza del paciente. Los médicos están éticamente obligados a poner las necesidades de sus pacientes por delante de sus propios intereses, una obligación que coloca la práctica de la medicina al margen de otros negocios.

En Michigan, Pensilvania y California se han promulgado leyes que prohíben a los médicos enviar sus enfermos a instalaciones en las que tengan intereses económicos o que obligan a su declaración. El decreto Stark se centra específicamente en las derivaciones financiadas por Medicare y Medicaid.

Sin embargo, las medidas legales no son suficientes por sí mismas. No puede haber una solución realmente satisfactoria hasta tanto la propia profesión médica se enfrente a la amenaza de esta tendencia empresarial y decida asumir una actitud firme en defensa de la ética.

La Asociación Médica Americana (AMA) asumió el debate de esta cuestión e intentó establecer unas directrices. La AMA ha recordado a los médicos que la «medicina es una profesión, una vocación y no una empresa...», pasando, sin embargo, por alto el daño que causa a la profesión médica, a los ojos de la opinión pública, la mera apariencia de conflicto de interés.

El Colegio Americano de Médicos, en su *Manual de Ética*, dice: «El médico debe evitar cualquier conflicto comercial, personal y de intereses que pueda comprometer su lealtad y su tratamiento al paciente».

Los pacientes están mejor protegidos por los principios del derecho consuetudinario que respetan su derecho a la autodeterminación y a la plena información y que representan una menor intromisión en la frágil relación entre médico y paciente.

Con todo, para mí ha tenido tanto interés el contenido de este debate como la posibilidad de que se produzca en los términos de serenidad y respeto en que se ha realizado. Porque los hechos denunciados que motivan la reflexión no son nuevos en nuestro

entorno más próximo, pero, en cambio, resulta impensable que podamos discutirlos con la misma claridad y sin descalificaciones globales, cuando no insultos, a las que tan acostumbrados estamos cuando intentamos promover la reflexión o aportar soluciones más o menos imaginativas.

Entre las «Cartas al Director») que aparecieron en el *New England* con motivo del editorial a que hemos hecho referencia, hubo alusiones temerosas al Gobierno federal (Manuel), afirmaciones de que el papel de los médicos es el de controlar sólo la calidad (Goldman) o de que deben ser gestores y hay que perder el miedo a los conflictos de interés (Braown), cantos a la libertad frente al empleo por cuenta ajena (Peraino) o a la <pureza> de trabajar para el Gobierno y no tener que preocuparse de la economía (Scott). En ningún caso se negaron las evidencias de una nueva situación eventualmente conflictiva ni se interpretó su análisis como una agresión al colectivo profesional médico.

Las soluciones convergen

Siendo los puntos de partida tan distantes, hemos visto que algunos problemas son comunes, y podemos también afirmar que las soluciones que se intentan convergen.

Para muchos norteamericanos, el Servicio Nacional de Salud Británico lleva el estigma de «medicina socializada», pero muchas características del enfoque británico de la organización y el pago se están introduciendo en los Estados Unidos, por lo general sin conocer muy bien sus orígenes. Más recientemente, y en un sentido inverso, los incentivos de mercado en la atención primaria, introducidos con las reformas legislativas conocidas como el Nuevo Contrato para el NHS, han acentuado aún más el parecido entre las características de la atención gestionada por el NHS y la de los Estados Unidos.

Los médicos necesitan ayuda

Los médicos necesitan ayuda, toda la que puedan conseguir, cuando tratan de discernir qué es lo correcto. La medicina organizada, por ejemplo, debería ofrecer mayor asesoramiento y mayor liderazgo moral, no sólo para ayudar a los médicos perplejos, sino también para anticiparse a remedios más drásticos impuestos desde fuera de la profesión (Cole y Morreim, 1989).

En nuestro país, la Administración sanitaria debe promover, y está promoviendo, la discusión y el consenso entre los profesionales para contar con manua-

les de procedimiento, protocolos o guías de buena praxis. También entre éstos y representantes del poder judicial para ilustrar científicamente las decisiones de los magistrados.

PROPUESTAS EN USA

En USA existen dos grandes criterios alternativos: la regulación económica directa y el control de costes mediante incentivos y competencia.

La regulación económica directa

Pocos creen que la regulación económica directa mejore las cosas. La Administración Nixon defendió y experimentó los controles de las tarifas médicas. Para juzgar su validez como mecanismo de control de costes hemos de ser conscientes de que la «visita del médico» es altamente flexible y que la necesidad de los servicios médicos es imposible de verificar objetivamente excepto en casos extremos. Por tanto, el médico que considere su renta amenazada por los controles de tarifas puede aumentar el número de servicios prestados en cada visita y facturar por separado los servicios individuales. Al fomentar un mayor empleo de los servicios, tales controles podrían resultar contraproducentes.

Los incentivos y los mecanismos de competencia

La consulta grupal con pago anticipado

En cuanto a la introducción de incentivos a la eficiencia y de mecanismos de competencia, la propuesta más conocida es la «consulta grupal con pago anticipado». Sus principios esenciales son que un grupo de médicos, trabajando juntos, accedan a proporcionar servicios globales de atención sanitaria por un pago fijo prospectivo per cápita a una población definida de miembros que se han suscrito como resultado de una elección libre.

Las consultas grupales con pago anticipado son eficaces para mantener los costes totales per cápita en niveles muy por debajo de personas con seguros sanitarios que son atendidas según el método de honorarios por servicio. Luff (1977) llegó a la conclusión de que la reducción en el coste era del orden del 10 al 40 %.

Los beneficiarios de la consulta grupal promediaron 340 días en el hospital y 24 admisiones quirúrgicas por 1.000 personas por año, frente a 888 días en el hospital y 50 admisiones quirúrgicas por 1.000 personas por año de los grupos de control.

Asociación de consultas individuales

Otra solución estaría en las «asociaciones de consulta individual», en las que el médico sigue ejerciendo en su consulta sobre una base de honorarios por servicio, accediendo, como parte de un grupo, a proporcionar prestaciones sanitarias globales a una población inscrita en su mayor parte por un pago prospectivo fijo. Para conciliar los pagos de honorarios por acto con los pagos fijos, los médicos, en primer lugar, se ponen de acuerdo sobre un plan máximo de honorarios, facturando a la compañía aseguradora y no al paciente. En segundo lugar, aceptan la intervención de comités deontológicos para comprobar lo adecuado de los servicios. En tercer lugar, la compañía o asociación paga los costes del hospital o se asocia con una aseguradora que ofrezca una póliza de seguro hospitalario. La prima por la póliza refleja la utilización hospitalaria de los inscritos en la asociación de consultas individuales: cuanto menor sea la hospitalización, tanto más queda para los médicos. Por último, los médicos asumen diversos grados de riesgo financiero.

El modelo de consulta individual ofrece algunas ventajas. Puede establecerse con mayor rapidez y con una inversión inicial más pequeña, requiriendo un cambio mínimo en el estilo de consulta ya consolidado del médico.

Las asociaciones de consulta individual no han logrado hasta el momento controlar los costes, y es que dicho control se ve perjudicado por el hecho de que los médicos reciben honorarios por servicio. Las juntas deontológicas frenan los excesos, pero no contribuyen mucho a motivar una reducción en los costes.

Programas de mantenimiento de la salud

Un tercer modelo, mucho más reciente, es el denominado «programa de mantenimiento de la salud».

El usuario tiene la posibilidad de elegir entre un plan convencional de seguro y un plan con pago anticipado. Quien elija el plan con pago anticipado se compromete a obtener toda la atención que necesite del médico de atención primaria que elija o a través de éste. Si no está satisfecho con su médico, puede elegir a otro de los médicos y permanecer en el plan de pago anticipado, o puede cambiarse al plan de seguro convencional.

El médico general que participe se compromete a proporcionar de forma directa todos los servicios de atención primaria y a dirigir las derivaciones y supervisar el resto de la asistencia, incluidos los servicios de especialistas y la hospitalización, para cada uno

ajustado por edad y por sexo. Se abre una cuenta a cada uno de los médicos que participen, a partir de la cual se pagan todas las facturas de los servicios derivados. El dinero que ingresa en esta cuenta se basa en la recaudación bruta por primas de los pacientes del médico, menos una deducción para los costes de la compañía de seguros y los pagos por capitación. El médico debe supervisar y aprobar todas las facturas y recibe o devuelve el 50 % del superávit o déficit anual de su cuenta, con un límite.

Un director médico controla la utilización, la hospitalización y las pautas de prescripción. La empresa registra una utilización hospitalaria más o menos de la mitad de la tasa del conjunto de la comunidad.

El modelo ofrece algunas características atractivas. Hace que cada médico tenga conocimiento y sea responsable de los costes totales por servicios de salud de sus asociados, les da un incentivo para aumentar la productividad y para dar más importancia a la prevención de la enfermedad y hace que el médico de atención primaria sea el «gestor general» de la atención médica de sus pacientes.

Seguros de costes variables y alianzas de atención sanitaria

Otros modelos propuestos serían el de Newhouse y Taylor (seguro de costes variables) y el de Ellwood y McClure (las alianzas de atención sanitaria). La idea esencial de ambos es que los beneficiarios se comprometan a obtener su atención de un conjunto determinado de proveedores; la prima por su póliza de seguros refleja la conducta generadora de costes de estos proveedores.

¿Cómo se les pagaría a los médicos? Ni un salario directo sin relación alguna con el rendimiento individual ni un sistema descontrolado de honorarios por servicio pondrían de acuerdo los intereses de los médicos con los de los pacientes.

Enthoven y Kronick, los principales arquitectos del modelo de competencia planificada, han sostenido que su modelo nunca se ha puesto adecuadamente a prueba.

La selección de médicos para programas

Encontrar a médicos que crean que «más no siempre es mejor», e inculcar en ellos este principio, resulta difícil en una sociedad en la cual las instituciones de enseñanza dan por sentado que las nuevas formas de tecnología deben incorporarse a la atención estándar. Por ello cobra importancia la selección de médicos para estos programas.

Uno de los enfoques más complejos para la selección de médicos es un sistema informatizado llamado Pro/File, que selecciona a los médicos en función

de cientos de medidas, cuantificando el consumo de recursos que realizan por cada episodio de enfermedad de un paciente o por un período de tiempo determinado y midiendo también la frecuencia con que indican pruebas diagnósticas y derivan a los pacientes, cómo codifican y cobran por las visitas y con qué frecuencia sus pacientes cambian de médico o acuden a otro.

Klar, consultor médico que desarrolló el programa, dijo en una entrevista: «Nuestra investigación revela que los médicos difieren marcadamente en sus estilos y hábitos de práctica, cuyas consecuencias producen impacto tanto en el coste como en la calidad de la atención de sus pacientes».

Existe un potencial de abuso en cualquier sistema de organización y financiación de la atención sanitaria, incluidos los honorarios por servicios o un Servicio Nacional de Salud. Cualquier sistema de pago, incluso el de pago por acto médico, debe confiar en última instancia en la ética de los profesionales.

PROPUESTAS EN UK

Las soluciones propuestas en el Reino Unido pretenden:

Para los especialistas hospitalarios

Conseguir que los especialistas hospitalarios (cuyas decisiones clínicas comprometen sumas sustanciales de dinero) se impliquen en la gestión hospitalaria. Para ello se les responsabilizará por la utilización de los recursos y serán motivados para utilizarlos con mayor efectividad mediante acuerdos en la puesta al día de protocolos clínicos y la modificación del sistema de incentivos.

Para los médicos generales (GPs)

Conseguir que los GPs también se hagan cargo de mayores responsabilidades en su utilización de los recursos, introduciendo un modelo de auditoría médica por la que los GPs podrán revisar su trabajo clínico con ayuda de un comité especializado, dando mayor información a los pacientes para ayudarles a elegir médico, aumentando del 46 al 60 el porcentaje de las retribuciones que se derivan del número de pacientes asignados, presionando a la baja el gasto farmacéutico, etc.

Conseguir que los GPs gestionen sus propios presupuestos que cubran servicios ambulatorios, un conjunto definido de servicios de hospitalización convencional y de día (cataratas...), pruebas diagnós-

ticas (RX, análisis...), el 70 % del coste del staff empleado, la mejora de las instalaciones y el coste de la prescripción de medicamentos.

Las remuneraciones en el NHS

Mayor flexibilidad en las remuneraciones en todo el NHS para permitir a los gestores premiar el desempeño individual eficiente.

PROPUESTAS EN ESPAÑA: EL ACUERDO COOPERATIVO

A finales de 1992 surge la noción del «acuerdo cooperativo», como mecanismo favorecedor de la mayor integración del personal sanitario en los fines del Sistema Nacional de Salud español, como medio de promover y lograr la participación activa y la corresponsabilización de los profesionales con los objetivos de las políticas sanitarias.

Su puesta en marcha, planteada como una experiencia gradual, aconsejó analizar previamente dos tipos de posibilidades:

- Una en la que el equipo profesional asumiría autónomamente la administración y gestión global del presupuesto asignado para su actividad, y
- Otra en la que tal gestión se mantendría en la correspondiente institución sanitaria.

La primera opción supone que el equipo de profesionales desarrollaría tanto la actividad sanitaria definida en la cartera de servicios como la administración y gestión de los presupuestos globales asignados.

Evidentemente, el equipo no haría directamente todas y un elevado número de ellas debería demandarlas y comprarlas a otros servicios o establecimientos, abonando su coste con cargo al presupuesto global aprobado, que incluiría también las retribuciones del personal del equipo, que tendrían un carácter residual, es decir, supondrían el presupuesto no empleado en la utilización y pago de recursos ajenos (alquiler de consultas, quirófanos, gastos de hospitalización, pruebas analíticas, etc.).

En definitiva, se trataría de configurar un equipo de profesionales que, perdiendo su vinculación estatutaria, formalizaran con la correspondiente entidad gestora una especie de concierto («contrato cooperativo») en base al cual, y a cambio de un presupuesto global que el equipo gestionaría, realizaría en su totalidad un determinado número de actividades sanitarias.

Dentro del marco jurídico global en el que se mueve el sistema sanitario público no es fácil integrar un proyecto como el indicado. Tampoco es fácil

de articular dentro del conjunto de normas laborales que configuran el Derecho del Trabajo.

La constitución del equipo de profesionales podría realizarse por dos caminos:

Mediante la formalización de una sociedad con personalidad jurídica (fundamentalmente de tipo cooperativo) o

–A través de la creación de un grupo de trabajo «de hecho», carente de personalidad como tal.

El primero de tales supuestos implica un complejo proceso previo de formalización de la misma, que incluye la aportación del capital social, la designación de órganos de gobierno y de órganos de gestión, la aprobación de los estatutos, la identificación de los socios, la previsión sobre bajas de los mismos o incorporación de otros nuevos, incluyendo supuestos de herencias o transmisiones de tal condición, etc.

Además, una vez constituida la sociedad, pueden presentarse dificultades para asignar, de forma directa, a tal sociedad los objetivos y el presupuesto necesarios para cumplirlo. Otras sociedades o grupos pueden, eventualmente, estar interesados en conseguir tal adjudicación y exigir, por diversos medios, la realización de concursos públicos para optar a la misma.

Por si fuera poco, el artículo 90.2 de la Ley General de Sanidad, al regular los conciertos con medios ajenos, establece textualmente que «las administraciones públicas tendrán en cuenta, con carácter previo, la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios», y no parece atenerse a este precepto legal una actuación que supondría para la Administración sanitaria desprenderse de sus medios propios (mediante la concesión de excedencia a su propio personal) para después concertar con ellos la misma prestación asistencial.

En el caso de constituir el equipo «de hecho» sin mediar una sociedad o grupo con personalidad jurídica como tal, se presenta un primer inconveniente, centrado en la dificultad de identificar el sujeto que asume la responsabilidad del grupo, especialmente en cuanto a la gestión del presupuesto asignado.

Otros problemas se centrarían en la articulación jurídica de la relación de la entidad gestora con el equipo. La más adecuada parece la figura del contrato de grupo prevista en el artículo 10.2 del Estatuto de los Trabajadores, en el que el empresario no establece los derechos y deberes individualmente con cada trabajador, sino con el grupo como tal, que ha de tener un jefe que ostente la representación del grupo y responda de las obligaciones inherentes a tal representación.

Se trata de un contrato de trabajo de escasa utilización, que se limita en la práctica a muy concretas actividades, por lo que no existe casi jurisprudencia so-

bre el mismo. No obstante, hay que señalar que la doctrina le observa con cierto recelo por su posible utilización como vía de defraudación en el pago de cuotas de la Seguridad Social.

El Estatuto de los Trabajadores establece que si un empresario «diera un trabajo en común a un grupo de sus trabajadores, conservará respecto de cada uno individualmente sus derechos y deberes». Aunque mediara una previa declaración de excedencia, sería posible defender en una eventual impugnación que se trata precisamente de tal caso, con lo que la Administración podría venir obligada a mantener sus obligaciones retributivas de sustitución en caso de vacaciones o permisos, etc., ante cada uno de los miembros del grupo.

Existe otra dificultad legal, pues el personal ha de tener una vinculación estatutaria con la entidad gestora, por así disponerlo el artículo 45.2 de la Ley General de la Seguridad Social. Finalmente, es también un obstáculo el artículo 12 del Estatuto Jurídico de Personal Médico, en cuanto establece que el personal que se encuentre excedente voluntario «no podrá desempeñar función alguna en la Seguridad Social».

Otro tipo de dificultades puede proceder del carácter voluntario con que los profesionales pasarían a formar parte del equipo.

Ello supone el cambio desde una situación estable, con un nivel retributivo garantizado y un conocido grado de dedicación, hacia un nuevo esquema de trabajo que exigiría, en principio, un mayor grado de actividad y cuyo nivel retributivo no dependería sólo de esta mayor dedicación, sino también del acierto en la gestión de diferentes recursos, gestión en la que los profesionales sanitarios no tienen experiencia previa.

El planteamiento podría no ser especialmente atractivo y muy escaso el número de profesionales que optaran por constituir equipos de trabajo.

La segunda opción supondría el mantenimiento de la vinculación estatutaria del personal con la Administración Sanitaria, cuyos órganos correspondientes (gerencia de la institución fundamentalmente) conservarían la administración económica y presupuestaria de la actividad del equipo.

Sería necesario, aunque no imprescindible, constituir un concepto presupuestario específico, suficientemente dotado (que podría llegar a englobar los actuales complementos de productividad, atención continuada y específico), que se repartiría, en su totalidad o en parte, entre los miembros del equipo, en la medida en que la evaluación de su actividad demostrara la adecuación y cumplimiento de los objetivos prefijados.

Tales objetivos y el tratamiento retributivo que el mayor o menor cumplimiento de los mismos supon-

dría, podría ser formalizado en un documento (el «acuerdo cooperativo») que formalizaran los miembros del equipo con la institución sanitaria.

Mantiene este sistema, respecto al anterior, una serie de ventajas, fundamentalmente c-entradas en los escasos cambios que es necesario efectuar en la relación de servicios del personal con la entidad gestora, que conserva íntegras sus facultades de planificación y dirección de la asistencia, así como sus obligaciones y responsabilidades respecto a la gestión de presupuestos públicos.

Si la presupuestación de las retribuciones a percibir en función de los objetivos cumplidos es suficiente, el nivel de incentivar económica de esta opción puede ser equivalente al de la anteriormente analizada, sin que se produzcan los problemas a los que antes aludía.

La predisposición del personal para participar en esta experiencia puede alcanzar mayores niveles, ya que aseguraría un nivel retributivo determinado, el compuesto por las retribuciones básicas, el complemento de antigüedad y el de destino, etc., y se garantizarían también otros aspectos importantes de la relación de servicios tales como el mantenimiento de la situación de actividad o la propiedad de las plazas.

Por todo ello pareció más adecuado, al menos en un primer momento, proponer el esquema de «acuerdo cooperativo» mediante la segunda de las opciones analizadas.

Denominamos «acuerdo cooperativo» a un documento mediante el cual la Administración y un grupo de profesionales pactan explícitamente unos incentivos económicos ligados a la consecución de unos objetivos, sobre la base de una garantía de la calidad de la atención prestada y de la existencia de sistemas de información que permitan una evaluación del proceso y de los resultados, promoviendo la corresponsabilización de los profesionales en la gestión de los recursos y, consecuentemente, su autoorganización.

Sea como fuere, hemos de ser conscientes de que plantear alternativas generales al modelo retributivo, mucho más al de relaciones laborales, genera desconfianza y resistencias por parte de los colectivos afectados. Antes hemos de demostrar que la propuesta aumenta sustancialmente las retribuciones, permite un mayor nivel de autoorganización del trabajo y contiene el crecimiento irracional de los costes del sistema. Sólo en una segunda fase se dará opción a los profesionales para que se incorporen al acuerdo cooperativo.

Las UU. en A. Primaria serían los equipos de atención primaria (EAP), siendo algo más complejo definir las de los hospitales.

En los hospitales puede tratarse de equipos constituidos sólo por facultativos de una única especialidad (por ejemplo, cirujanos cardiovasculares) o integrar facultativos de otras áreas asistenciales necesarios para el desarrollo de la actividad (anestesiastas, intensivistas, cardiólogos, etc.).

Las funciones de dirección y organización del grupo habrían de recaer en la figura de un verdadero responsable de la organización de la actividad, de la gestión de personal (de todos los grupos profesionales), de la gestión de los gastos corrientes y de la programación de las inversiones.

Ello supone recuperar la unidad de responsabilidad, exigible sólo en la medida que existe unidad de decisión (incompatible con la desestructuración que ha producido en muchos de nuestros centros el desarrollo autónomo y vertical de las direcciones de división).

El presupuesto debe asignarse como resultado de su distribución entre todas las unidades que integran la correspondiente gerencia e incluirá todos los capítulos presupuestarios, pues el equipo ha de gestionar tanto los gastos de personal (que pueden modificarse según se establezcan las plantillas, las sustituciones, los «refuerzos», las guardias, según se comporte el absentismo, etc.) como los gastos de mantenimiento de las instalaciones, los gastos en material fungible y en farmacia o los dedicados a inversiones (que también debe priorizar el equipo).

Los presupuestos se administrarán por la gerencia correspondiente a iniciativa de la unidad, para evitar a ésta una carga burocrática excesiva y para obviar eventuales procedimientos inadecuados que condicionen la experiencia en un marco tan rígido y dirigido al control como el del Derecho Público.

Se consigue así un efecto colateral importante: ir cambiando la «cultura» de la empresa de modo que los equipos directivos tengan cada vez una actividad más horizontal respecto de los equipos asistenciales.

Al establecer protocolos diagnósticos y terapéuticos se está actuando como garante de la calidad del servicio prestado ante el propio usuario, ante la Administración sanitaria y ante el conjunto de la sociedad y las diferentes instancias (judiciales o deontológicas, por ejemplo) de la misma. La importancia de esta labor requiere, sin duda, la participación, colaboración y ayuda no sólo de los profesionales del equipo y de expertos de la Administración sanitaria, sino también de organizaciones de carácter profesional y científico (Comisiones Nacionales de Especialidades, sociedades científicas).

Se propone que el equipo correspondiente elabore por consenso sus guías de buena praxis, sus protocolos diagnósticos y terapéuticos, y los valide ante la sociedad científica correspondiente.

A título ilustrativo, recordemos que, en los contados y parciales estudios que existen al respecto, la disminución del gasto farmacéutico en Atención Primaria (que puede llegar al 40 %) depende de dos factores: la formación y procedencia de sus profesionales y la existencia de guías farmacoterapéuticas pactadas en el seno del equipo.

El sistema del acuerdo cooperativo quedaría incompleto si no se fijaran y aplicaran mecanismos de seguimiento y evaluación de sus resultados.

Los mecanismos de evaluación han de ser aplicados tanto a la propia constitución y determinación de los componentes del equipo de trabajo como a la fijación de su «cartera de servicios», a sus objetivos y a la cuantificación de los mismos, a los protocolos diagnósticos y terapéuticos, a los estándares óptimos de rendimiento y a la presupuestación de la actividad, de forma tal que pueda ser posible, en cualquier momento, la redefinición de aquellos aspectos que se comprueben inadecuados.

Entre los criterios de evaluación deben contemplarse, necesariamente, el grado de satisfacción de los usuarios, las actividades de docencia, formación continuada e investigación.

Conocer la incidencia de la actividad del equipo en la percepción de los ciudadanos no es una tarea sencilla y, probablemente, es costosa. Se requiere un importante nivel de desagregación y evitar sesgos, como los derivados de la encuesta telefónica, lo que encarece el proceso. Pero es imprescindible porque se constituye en la principal garantía de legitimación ante una innovación que debe presentarse adecuadamente a la opinión pública.

En cuanto a la docencia, se podría ponderar la acreditación como unidad docente en pregrado (al amparo del R. D. 1558/86), o en formación especializada (MIR), o la obtención de subvenciones para formación continuada o investigación (FIS).

Establecida la prestación, o «cartera de servicios» a desarrollar por el equipo, será necesario cuantificar los objetivos a alcanzar en un período de tiempo determinado. Se tienen, como instrumentos de referencia, las series históricas y la actividad de unidades semejantes. Se conocen tanto la actividad propia como la capacidad de resolución de problemas, la derivación a otros niveles asistenciales, la demanda de exámenes complementarios, la prescripción farmacéutica, etc.

La búsqueda de la eficiencia no ha de limitarse a intentar que aumente la actividad manteniendo los costes («eficiencia técnica»); cabría establecer como objetivo una «producción» de servicios igual a la del ejercicio anterior si se disminuyen los costes («eficiencia de gestión»).

Por nuestra parte consideramos que inicialmente los incentivos no deben ser inferiores al 30 % de las

retribuciones. Experiencias anteriores, como la de la «productividad variable», fueron insuficientes para incentivar, pero no para generar conflictos. Los incentivos deben determinarse en función de rendimientos y de costes y sería deseable que, en un futuro próximo, los incentivos se obtuvieran mediante modificaciones presupuestarias que permitieran pasar del capítulo II o del IV (en A. Primaria) al capítulo I parte de los créditos no utilizados, estimulando la eficiencia.

El acuerdo cooperativo debiera recoger mecanismos de arbitraje para situaciones no previstas al inicio del proyecto y que, sin duda, habida cuenta la novedad de éste, se producirán.

Factores tan heterogéneos como la desconfianza de los profesionales y la ausencia de cauces informativos, el protagonismo, la desvertebración sectorial, la prisa en obtener resultados, el perfeccionismo esterilizante o la falta de hábitos cooperativos o de diálogo retrasarán una experiencia que, más o menos modificada, estimamos como una perspectiva ilusoria y positiva.

Conclusiones

He comenzado por señalar la preocupante dimensión del gasto sanitario en todos los países, los factores que lo explican y la necesidad de implicar a los profesionales para contener su crecimiento.

También, y sin ánimo de ser exhaustivo, he señalado algunos aspectos a considerar en la búsqueda de

soluciones, soluciones cuyo sentido parece converger con independencia del sistema sanitario de que se trate.

Pero si tuviera que dejar un mensaje que fuera expresión concreta de mis deseos, lo resumiría en tres puntos:

I. Es imprescindible promover el debate sobre estos y otros aspectos, un debate reflexivo y sereno en el que no se trata de enfrentar intereses, sino de lo contrario, de conciliarlos, de atender a una responsabilidad social y de hacerlo desde perspectivas profesionales y políticas, conscientes de que éstas carecen de sentido al margen de los ciudadanos y de los pacientes.

II. Se ha de confiar en la capacidad de autoorganización de los profesionales tanto a la hora de distribuir temporalmente su trabajo como de participar en la elección del responsable del equipo siempre y cuando se preste la «cartera de servicios» pactada y se vinculen las retribuciones a los objetivos. Este nivel de autonomía conlleva como resultados fundamentales la propia satisfacción de los profesionales y la corrección «interna» de las disfunciones que, como en todo grupo humano, se producen, y la consecución de un nuevo modelo directivo más horizontal.

III. O los profesionales, especialmente los médicos, asumen responsablemente el protagonismo que les corresponde en la solución, o se corre el riesgo de llegar a conclusiones erróneas, inducidas desde el exterior, que amenacen el correcto ejercicio y, lo que es peor, no resuelvan el fondo de la cuestión.