



**Viernes 15 Marzo 1996. Número 4- Volumen 17 p. 300 - 302**

## **Artículo especial**

V Ortún<sup>a</sup> J Gérvás<sup>b</sup>

<sup>a</sup>*Profesor titular, Departamento de Economía, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona.*

<sup>b</sup>*Médico general, Equipo CESCA, Madrid. Profesor visitante Johns Hopkins University. School of Hygiene and Public Health, Department of Health Policy and Management, Baltimore, EE.UU.*

## **Professional associations in general medicine**

### **Introducción**

La orientación de los servicios sanitarios de un país hacia la atención primaria está asociada con menores costes de atención, mayor satisfacción de la población con sus servicios sanitarios, mejores indicadores de salud y menor uso de medicamentos<sup>1</sup>. Este hecho, clave para cualquier política sanitaria, tiene fundamento teórico y respaldo empírico<sup>2</sup> (siempre que se haya roto con el círculo vicioso de una «mala» atención primaria). En el caso de España y centrándonos a partir de ahora en la atención médica primaria la ruptura del círculo vicioso pasa por tres vías. Primera, clara regulación del papel de filtro de la AP. Segunda, recomposición de la oferta de profesionales: contención, incluso disminución, del total de médicos con aumento del porcentaje de médicos generales. Tercera, eliminación de los puntos negros de la atención primaria a través de la profundización y diversificación del proceso de reforma en curso. Esta diversificación incluye el facilitar que grupos de médicos de cabecera puedan romper sus vínculos estatutarios y convertirse en profesionales independientes, que ejercen solos o asociados.

En un contexto de separación entre financiación y producción de servicios la competencia nominal entre oligopolios de base hospitalaria no mejorará la eficiencia si no se diseña para favorecer la innovación organizativa y la adaptación al cambio y las necesidades sociales<sup>3</sup>. En España, la atención médica primaria, con escasa tradición de profesionales independientes y todavía limitada capacidad de resolución, constituye un ingrediente tan endeble como imprescindible de la atención sanitaria. La endeblez tiene dos remedios: a) que las entidades proveedoras de servicios sanitarios pivoten sobre la atención primaria para ser competitivas, y b) que se creen asociaciones de profesionales de atención médica primaria, con presupuestos autogestionados y capacidad de compra de atención especializada.

El propósito de este artículo es analizar las posibilidades y limitaciones de la segunda solución (las asociaciones de profesionales). La experimentación generalizada con grupos de médicos de cabecera detentadores de presupuestos un estilo británico muy atenuado daría entrada a dos grupos de compradores: las agencias públicas y las asociaciones de médicos de cabecera. La modificación de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña, de 1990, para permitir que asociaciones de profesionales sanitarios actúen como proveedores que contratan con el Servicio Catalán de la Salud ha sido un paso en esta línea; paso que ya ha tenido algún eco favorable<sup>4</sup>.

### **La asociación de profesionales como forma cooperativa**

Una cooperativa es la empresa gestionada por sus trabajadores. Cuando estos trabajadores son

profesionales aparecen las asociaciones de profesionales de la auditoría, el derecho, la banca, la arquitectura o la medicina.

La viabilidad de las asociaciones de profesionales de atención médica primaria dependerá de su eficiencia relativa: de que puedan funcionar con unos «costes de transacción» menores que los de formas organizativas alternativas.

Transacción es un intercambio que involucra bienes, servicios o dinero, y cuya realización supone unos costes de realización (negociación y supervisión de contratos, garantías...) o unos costes de oportunidad (beneficios que dejan de obtenerse al no realizarse una transacción que aumentaría la eficiencia social).

Experiencias ajenas favorables, como la del Reino Unido<sup>5</sup>, dan pie a considerar la adaptación de las asociaciones de profesionales a España, pero no permiten fiarse de traslaciones mecánicas. Y aunque la mencionada viabilidad sea una cuestión empírica, resulta obvio que no podrá contrastarse si no se cambia la actual regulación sanitaria en el sentido de permitir la existencia de asociaciones de profesionales. A priori pueden establecerse indicaciones, cautelas y resistencias previsibles.

### **Indicaciones de las asociaciones de profesionales de atención médica primaria**

*Tamaño de grupo pequeño que permita tanto un proceso democrático, y no costoso, de decisión como un control mutuo de la actividad de cada socio.* Los tamaños excesivos complican los procesos decisorios, hacen la empresa menos manejable, y desincentivan el esfuerzo individual en la medida en que se debilita la relación entre este esfuerzo y el resultado de la producción conjunta. El inevitable control de rendimiento, calidad, etc. se encarece cuando debe efectuarse sobre trabajo profesional ya que sólo pueden realizarlo otros profesionales; de ahí que convenga que sea mutuo, entre pares.

Para que un tamaño reducido sea viable (la moda de médicos de cabecera británicos por asociación detentadora de presupuestos es de cuatro) hace falta que no se produzcan economías de escala (reducción del coste medio de un producto o servicio que se logra al fabricarlo en grandes cantidades) sustanciales, lo cual parece darse en AP. Cuando una organización caso de las cooperativas industriales de Mondragón se desenvuelve en sectores con importantes economías de escala, el crecimiento constituye una estrategia obligada si quiere mantenerse la competitividad.

*Reducción del conflicto entre discrecionalidad profesional y discrecionalidad gestora.* En el ejercicio por cuenta ajena estas dos discrecionalidades se limitan mutuamente. En el ejercicio por cuenta propia se reducen a una lo que implica responsabilidad sobre las consecuencias económicas de las decisiones clínicas. Esta responsabilidad convenientemente modulada lleva a la interiorización del coste social de oportunidad (beneficio terapéutico o diagnóstico que deja de obtenerse en la mejor alternativa disponible) en las decisiones clínicas, y aunque complique tales decisiones constituye una mejor salvaguarda de la libertad clínica que la alternativa de una interferencia permanente en la misma basada en segundas opiniones, perfiles de prescripción, derivaciones canalizadas, autorizaciones administrativas y medidas similares.

*Mayor control sobre el propio ejercicio.* Puede motivar y estimular la cooperación en la medida en que se participa en resultados y se corren riesgos (más adelante estableceremos cómo puede participarse en resultados sin interferir consideraciones clínicas y cómo puede sobrellevarse el riesgo). Se arriesga tanto la reputación como el patrimonio (concentración, pues, de riesgos), pero precisamente el hecho de que en la atención médica primaria el capital humano tenga mayor importancia que el capital físico justifica la asociación de profesionales, ya que son los propietarios del capital que soporta mayor riesgo el humano en este caso quienes normalmente controlan las organizaciones.

Si la asociación de profesionales se labra una reputación y la población se registra en ella, los incentivos de los socios a marchar se atenúan, lo que favorece tanto la continuidad como la longitudinalidad de la atención.

### **Cautelas ante las asociaciones de profesionales de atención médica primaria**

*Peligro de selección adversa.* El ciudadano tiene una razonable información para elegir médico de cabecera y este médico de cabecera tiene mayor información sobre el usuario que cualquier agencia compradora. Ello

puede permitir al médico cribar por tipo de servicios ofertados, accesibilidad, trato los «riesgos» que considere más interesantes. Estaríamos ante una selección de riesgos, conducta oportunista basada en la ventaja informativa.

Existen dos formas de evitar la selección adversa: a) restringir la libertad de elección del usuario y asignar presupuestos en base poblacional con algunos ajustes por edad, sexo, mortalidad, deprivación, y dispersión, y b) hacer que la asociación de profesionales escogida por cada usuario reciba del financiador de la asistencia una cantidad anual ajustada por riesgo. Para realizar, aunque sea con escaso poder predictivo, este ajuste por riesgo individual se precisa un registro de utilización.

La segunda vía es la que se intenta en Holanda --país con una buena atención médica primaria-- separando las funciones de financiación, compra y producción en tres grupos de agentes diferenciados. Los ciudadanos contribuyen según capacidad de pago a un fondo único (con lo cual la equidad no queda lastimada) y este fondo paga a la aseguradora elegida por el ciudadano una cantidad ajustada por riesgo. Ningún paciente puede ser rechazado.

*Tamaño insuficiente para compensar riesgos.* La población atendida por una asociación de médicos de cabecera unos miles de personas tiene un tamaño tan reducido que cualquier desviación en la incidencia esperada de enfermedades catastróficas desequilibra el presupuesto y provoca que el financiador público no pueda efectuar una transferencia efectiva de riesgo y responsabilidad a la asociación proveedora. Este problema puede resolverse de varias formas. Entre ellas: la delimitación de una cartera de servicios que excluya ciertas coberturas o el establecimiento de un techo anual de gasto sanitario por persona cubierta que limita la responsabilidad de la asociación de profesionales. Esta última ha sido la solución adoptada en el Reino Unido (*stop loss provision*).

*Pérdida de equidad si los pacientes afiliados con asociaciones de profesionales resultaran mejor tratados.* Problema evitable si se vigilan los presupuestos que se pactan con las asociaciones.

*Costos de administración y gestión que anulen las mejoras en eficiencia.* La contratación de servicios de atención especializada no urgente, el manejo del presupuesto de farmacia, del personal y de las instalaciones pongamos unas 30.000-40.000 ptas., de 1995, por persona cubierta supone costes de gestión, que pueden, no obstante, pactarse y ser objeto de monitorización.

*Densidad poblacional que permita comparaciones.* La separación financiación/producción se basa en la idea de que los monopolios son perjudiciales porque permiten explotar a consumidores sin otra salida u opción. La explotación no necesariamente se presenta como precio excesivo sino que también puede presentarse - especialmente en trabajo profesional por cuenta ajena con distintas formas de ineficiencia: retrasos, indolencia, derivación excesiva, prescripción inadecuada..., «escaqueo» en general. Obviamente las motivaciones intrínsecas y sociales de los médicos pueden contrarrestar la invitación a la ineficiencia pero tampoco conviene esperar sistemáticamente todo de ellas; en especial si existe la posibilidad de traducir la ineficiencia en la producción pública por cuenta ajena en beneficio privado por cuenta propia a otras horas.

Las bajas densidades poblacionales pueden impedir la elección del usuario y la comparación entre proveedores. Ahora bien, allá donde la densidad lo permita, las reglas del juego deberían ser claras y compartidas por todos: incompatibilidad, prohibido trabajar para una organización y para su competencia.

*Garantía al usuario de que las motivaciones de lucro no interfieren en las decisiones clínicas.* La autonomía profesional no puede subordinarse a intereses comerciales propios o ajenos sin erosionar el compromiso ético y social que sustenta la relación médico-paciente. Hay que compatibilizar la participación en los resultados de una asociación de profesionales con el correcto desempeño como agente del paciente. Una posible solución pasa por la definición de los resultados económicos y profesionales.

Los beneficios económicos pueden utilizarse en equipo, instalaciones, formación, o contrataciones de personal, pero no son distribuibles como dividendos.

Los beneficios profesionales se derivan de una mayor satisfacción en el ejercicio con capacidad para innovar y del desplazamiento de poder hacia la atención médica primaria al poder ejercer presión sobre los hospitales y otros niveles asistenciales con su correspondiente traducción en ganancias para el paciente en términos de menores esperas para atención especializada programable (cirugía, por ejemplo) y mayor capacidad de resolución.

*Corporativismo*. En palabras de la presidenta de la Unió Catalana d'Hospitals<sup>6</sup>: «...la toma de posición del Colegio de Médicos de Barcelona (un importante poder fáctico) ante esta cuestión nos hace sospechar un planteamiento fuertemente corporativista y temer que, bajo la invocación de autonomía profesional, se pretendan enmascarar viejas y caducas aspiraciones de medicina liberal, pero sin los riesgos que su libre ejercicio puede comportar».

### **Resistencias previsibles ante la implantación de las asociaciones de profesionales de atención médica primaria**

Las ventajas del ejercicio por cuenta propia resaltan cuando se contraponen a los inconvenientes del ejercicio por cuenta ajena. Ahora bien, si por cuenta ajena se ejerce con gran discrecionalidad, ineficiencia confortable y ausencia de riesgo, esto es sin percibir los inconvenientes de la dependencia, la motivación para el cambio deberá venir más por razones de pundonor profesional que de estricta conveniencia.

Por otra parte, las asociaciones de profesionales, como cualquier alternativa que mejore el funcionamiento de los servicios sanitarios financiados públicamente, se traduce en una pérdida de ingresos en la práctica privada. El poder social y político de los más afectados por tal pérdida de ingresos condicionará la suerte de las asociaciones de profesionales. Finalmente, quien controla la Administración Sanitaria pierde poder.

### **Conclusiones**

La atención primaria española puede llegar a un compromiso entre imprescindibilidad y endeblez relativa por dos vías: una, que las entidades proveedoras de servicios sanitarios pivoten sobre la atención primaria para ser competitivas (*managed care*), otra, que se creen asociaciones de profesionales de atención médica primaria, con presupuestos autogestionados y capacidad de compra de atención especializada. Se acepta que el juicio acerca de si la innovación organizativa «asociación de profesionales» mejora la eficiencia debe resolverse empíricamente y se avanzan las indicaciones de éstas, las cautelas que deben acompañar su introducción, así como alguna de las resistencias que cabe esperar. En cualquier caso, la responsabilidad más importante recae sobre los profesionales, ellos pueden ser los principales agentes de cambio, siguiendo la estela de países que han roto con el círculo vicioso de una atención primaria mediocre: Dinamarca, Holanda y Reino Unido<sup>7,8</sup>.

### **Referencias Bibliográficas:**

1. Is primary care essential? Lancet 1994; 344: 1.129-1.133.
2. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. Med Clin (Barc) 1996; 106: 97-102.
3. The political economy of corporatism in Medicine. The political economy of corporatism in Medicine. Self-regulation or cartel management? J Regul Econ 1992; 4: 89-108.
4. ¿Se desea liberalizar la atención primaria? Jano 1995; 49: 1.009.
5. Implementing GP Fundholding. Wild card or winning hand? Buckingham: Open University Press, 1994.
6. Peligros de las sociedades médicas. El País, 22 de febrero de 1995.
7. Health care and general practice across Europe. Utrecht: Netherlands Institute of Primary Care, 1993.
8. Incentivos en atención primaria. Incentivos en atención primaria. Aten Primaria 1994; 14: 701-703