

PROPUESTA DE INCENTIVOS PARA UNA MEDICINA GENERAL POR CUENTA AJENA

Juan Gérvas¹ / Vicente Ortún²

¹ Equipo CESCA, Madrid. Johns Hopkins University. School of Hygiene and Public Health, Department of Health Policy and Management, Baltimore, EEUU. ² Departamento de Economía. Universidad Pompeu Fabra, Barcelona.

Introducción

Existe base lógica que justifica la mayor eficiencia de la atención primaria por la longitudinalidad e integración que implica¹. La evidencia empírica abunda en la misma línea, y las tendencias internacionales²⁻⁴ apuntan hacia un reforzamiento de la atención primaria por razones tecnológicas, demográficas, sanitarias y económicas.

España ha tenido tradicionalmente en su atención primaria un punto negro, al resistir peor que otras funciones sanitarias la comparación con los países de Europa Occidental⁵. La reforma de la atención primaria ha mejorado la situación aunque subsiste un problema de inadecuación de los incentivos del médico general. El médico general (médico de cabecera o médico de familia), parece actuar en ocasiones como si la variable a optimizar fuera el empleo de su tiempo. Así, cuando prescribe de forma innecesaria y acientífica, muy influida por la industria farmacéutica⁶, o cuando deriva, sin deseo alguno de actuar de filtro, resolver problemas ni aceptar responsabilidades. La programación de las consultas y avisos y el rechazo a la demanda también parecen buscar la optimización del tiempo del médico general.

El médico general puede ejercer por cuenta ajena -para un patrón público o privado- o por cuenta propia, sólo o formando sociedad con otros profesionales. En España, donde domina el ejercicio por cuenta ajena, se conocen ya experiencias de innovación organizativa^{7,8}.

El objetivo de este artículo es presentar una propuesta de incentivos alternativos a los actuales, para el médico general que ejerce por cuenta ajena basada en el conocimiento de los efectos de los incentivos en la práctica profesional y en las carac-

terísticas de una atención médica primaria de calidad. Se trata de lograr continuidad y longitudinalidad, es decir, seguimiento de problemas específicos (continuidad) y del paciente como persona con distintos problemas de salud a lo largo de su vida (longitudinalidad)¹ y mantener una práctica de calidad a un coste razonable.

¿Cómo mantener una práctica de calidad?

Aunque está demostrada la eficacia de los incentivos económicos sobre el médico en general⁹, no hay mucha bibliografía con datos empíricos respecto al impacto de las distintas formas de pago de los médicos generales en sus actividades (y menos en la salud de la población)¹⁰⁻¹⁴. Además, casi todo el interés se ha centrado en la comparación entre el pago por acto y el pago *per capita*^{10,12,15-17}.

Algunas actividades del médico general deberían pagarse por acto. Por ejemplo, las vacunaciones (especialmente las de probada eficacia, como la antitetánica a lo largo de toda la vida), los avisos a domicilio (especialmente si implican nocturnidad) y los servicios que podrían considerarse de «post-venta» (por ejemplo, el seguimiento de la población que no ha acudido a ver al médico general, en períodos de tiempo variables según la edad del paciente). En lo que sigue proponemos una forma de pago predominante *per capita*; es decir, que más de la mitad de la remuneración global del médico general proceda de una fórmula capítativa, lo que supone que el médico de cabecera tiene una población adscrita y es filtro para el paso a la atención especializada. El pago por salario puede beneficiarse de muchas de las propuestas que siguen, así como el pago por acto, pero requerirían una consideración especial.

Correspondencia: Juan Gérvas. Equipo CESCA. General Moscardó 7; 28020 Madrid.

Este artículo fue recibido el 23 de noviembre de 1994 y fue aceptado, tras revisión, el 30 de junio de 1995.

Tabla 1. Incentivos para promocionar al médico general como primera fuente de cuidados sanitarios

- 1) Pago *per capita*
- 2) Registro de los pacientes
- 3) Incentivos específicos para algunos servicios que se ofrecen sin demanda (mayores de 75 años y otros)
- 4) Aumento de la accesibilidad horaria (horas de consulta y de avisos a domicilio)
- 5) Papel de filtro de los médicos generales
- 6) Libre elección de médico general

El médico general termina su vida profesional donde empezó: atendiendo a una población en su entorno natural. En la práctica no es fácil mantener durante cuarenta años un alto nivel de calidad, adquiriendo nuevos conocimientos y conservando los que sean apropiados¹⁸. Deberían procurarse incentivos dirigidos a: 1) promocionar el primer contacto entre la población y el médico general, de forma que éste sea aceptado como primera fuente de cuidados sanitarios, 2) fomentar la continuidad y longitudinalidad (personal y familiar) de la atención, 3) mantener los conocimientos y habilidades del médico general, incorporando las novedades beneficiosas y oportunas, y 4) mejorar el papel del médico general como asesor del paciente.

Incentivos dirigidos a promocionar el primer contacto entre la población y el médico general

El médico general necesita el primer contacto en doble sentido: a) en el de ser aceptado cuando todavía el usuario está sano y b) en el de ser utilizado como fuente inicial de cuidados sanitarios cuando surge un nuevo problema.

El primer contacto entre el médico de cabecera y su paciente (y su familia) es esencial para el desarrollo posterior de la relación médico-paciente. Idealmente el usuario debería registrarse con el médico general elegido. Este primer contacto permite el establecer una relación entre sanos (asumiendo que el médico goza de salud y que el paciente acude sin causa médica) y dotar de prevención una primera visita, aparentemente de cortesía. Además, al registrarse, el usuario puede conocer físicamente la consulta y recibir instrucciones acerca de los horarios y los servicios ofertados.

El médico general, al ser filtro para la atención especializada, es la fuente primaria de cuidados sanitarios. Pero para que este hecho sea natural y aceptado por los pacientes hay que promocionar su accesibilidad, tanto en sentido geográfico como en

horario. El médico general debe tener la consulta en una localización que haga fácil el uso de sus servicios por toda la población (con o sin automóvil, con o sin teléfono, con o sin enfermedades invalidantes). Y su horario debería ser tan amplio como fuera compatible con su propia vida personal; es decir, debería ofrecer consulta en horario matutino y vespertino (lo que no impide, por ejemplo, dejar un día sin consulta por la tarde, o por la mañana, a la conveniencia del profesional y de su población). A su vez, el sistema de cita debe ser tal que los casos urgentes sean vistos en el día y los casos normales en un máximo de 48 horas.

La amplitud del horario se debería regular a partir de unos mínimos (bandas horarias matutinas y vespertinas), estableciendo incentivos para aquellos médicos generales que acepten consultas fuera de hora, o que amplíen sus horarios. En los fines de semana se podrían organizar servicios de guardia claramente indicados y cómodos para los pacientes.

El pago *per capita* y el papel de filtro del médico general promocionan el uso de sus servicios como primer contacto. Por ello habría que potenciar adecuadamente estas dos características de una atención primaria «fuerte»^{5,19}. En otras formas de pago también puede promocionarse el papel de filtro, bien normativamente (salario), bien monetariamente (pago por acto; menor remuneración a los especialistas si reciben pacientes directamente, como se hace en Canadá y Noruega).

El tamaño de la lista de los médicos generales depende de la edad y patología de los pacientes y de la capacidad de delegar trabajo del propio médico. El pago capitativo podría ser decreciente, según el tamaño de la lista, para no fomentar las listas de más de 3.000 pacientes. Todas estas propuestas se resumen en la tabla 1.

Incentivos dirigidos a fomentar la continuidad y longitudinalidad (personal y familiar) de la atención

El médico general debería garantizar la continuidad de la atención mediante la coordinación de los recursos necesarios para el seguimiento de un problema concreto (apendicitis, parto, diabetes, etc.). Así mismo debería ofrecer longitudinalidad, atendiendo los distintos problemas que surgieran en el individuo o su familia.

La continuidad se mejora si el médico general, además de ser filtro para la atención especializada, es considerado por el sistema sanitario como el eje de la atención. Es decir, si los especialistas actúan

de asesores del médico general. El papel de asesores se potencia cuando los especialistas son pagados por salarios, cuando se controla el número de especialistas y de especialidades y cuando se validan las listas de espera. En la actualidad, es frecuente que los especialistas anclen a los pacientes incluso en los hospitales de máximo nivel (con el 80% de las consultas ocupadas por pacientes "recitados")²⁰. En el caso concreto de las urgencias el papel de asesor (y también la continuidad de la atención) se facilitaría con el simple envío directo al médico de cabecera de una copia del informe que se da en mano al paciente.

En conjunto, la continuidad aumentaría mucho si el médico general pudiera elegir los especialistas y los hospitales a los que enviar los pacientes. Y si de estos envíos dependiese el presupuesto global de los hospitales (y, por tanto, los salarios de los especialistas).

El papel de los especialistas se facilita si los médicos generales participan en actividades conjuntas con ellos; el seguimiento de casos concretos puede servir de estímulo para estas actividades. Como mínimo, los médicos generales deberían ser invitados a las sesiones clínicas hospitalarias en las que se discutan los problemas de sus pacientes. Los médicos generales podrían contribuir a definir la historia natural de la enfermedad en su paciente y a valorar las condiciones familiares y sociales del caso.

Para ofrecer continuidad se necesitan buenos registros que se utilicen siempre que haya atención clínica (visitas a demanda y concertadas, urgencias y domicilios a demanda y de crónicos), y facilitar el contacto con el mismo profesional que atendió al paciente en ocasiones anteriores. La existencia de buenos registros se certifica a través de auditorías de historias clínicas; deberían, pues, incentivarse económicamente aquellos médicos generales que tengan organizados sistemas de auditorías de historias clínicas, especialmente si participan en auditorías externas, entre pares.

El trabajo a domicilio facilita la continuidad de los problemas agudos y crónicos que requieren reposo. La atención domiciliar rompe todas las barreras geográficas y muchas de las culturales; en algunos casos puede ser clave, como en la atención a terminales o a crónicos recluidos a domicilio. Para aumentar la continuidad de la atención debería incentivarse la visita domiciliaria, que en España es infrecuente, al igual que en otros países con médicos generales funcionarios, como Finlandia y Portugal^{21,22}. La atención a domicilio podría incentivarse de forma que los mé-

dicos recibieran una fuerte compensación económica por atender avisos fuera de su horario (incluso nocturnos). Este complemento debería ser opcional y mucho menor si los médicos se agrupan para atender los avisos domiciliarios nocturnos en días laborables.

La continuidad y la longitudinalidad se rompen cuando el paciente cambia de médico. No debería fomentarse el cambio de médico, aunque debe respetarse que el paciente pueda elegir libremente médico. Por ello, el cambio exigiría (salvo casos excepcionales) una relación previa de un año, al menos. Los cambios, especialmente los excepcionales, deberían revisarse por un comité para detectar pacientes y médicos problemáticos²³. Los médicos problemáticos, que tuvieran gran cantidad de cambios de pacientes, o que provocaran cambios selectivos (pacientes terminales o con malas condiciones sociales, por ejemplo), deberían recibir consejo adecuado y, llegado el caso, ver limitado el número de pacientes de su lista a una cifra mínima, sin posibilidad de rechazar a ninguno, con evaluaciones periódicas de la atención prestada.

Para ofrecer longitudinalidad el médico general debe ser punto de acceso al sistema sanitario siempre que haya un nuevo problema de salud. Un pago específico por algunas actividades concretas, como las vacunaciones (en niños y adultos) y el seguimiento apropiado de algunas patologías crónicas (diabetes, hipertensión, y otras) puede fomentar la longitudinalidad de la atención. Estos pagos por acto exigen registros que los justifiquen. Para ello el pago *per capita* puede facilitar el denominador poblacional. No se trata, por ejemplo, de vacunar indiscriminadamente contra el tétanos, sino de lograr que el conjunto de la población se revacune cada diez años. Es decir, se necesita saber quiénes se han vacunado para intentar localizar los que faltan (aquéllos con los que el médico general debería establecer contacto activo). El mejor ejemplo de este aspecto lo encontramos en Dinamarca, que basa su programa de cribaje de cáncer de cuello uterino en el trabajo del médico general (este programa no se justifica en España, por la baja prevalencia de la enfermedad, pero ello no quita valor al ejemplo). Los médicos de cabecera daneses son profesionales independientes cuya remuneración básica es capitativa, con un pago complementario fuerte por acto¹⁷. La toma citológica se paga por acto, según el programa (cada tres años en mujeres con actividad sexual desde el comienzo de la misma hasta los 65 años). Al justificar el acto (al enviar la factura) se alimenta un sistema de información nacional que permite generar listas de mujeres que no

Tabla 2. Incentivos para fomentar la continuidad y longitudinalidad de la atención

- 1) Papel de los especialistas como asesores del médico general
- 2) Libre elección de especialistas y hospital por el médico general (y "el dinero sigue al paciente")
- 3) Utilización general y continua de la historia clínica
- 4) Atención domiciliaria, por el médico general, las 24 horas del día
- 5) Seguimiento de los cambios de médico
- 6) Fomento de la resolución de problemas por el médico general (embarazo, ginecología, cirugía menor, etc.)

han sido examinadas; estas listas se envían a los facultativos y se da, así, al médico la oportunidad de revertir la ley de cuidados inversos, pues puede tomar la iniciativa para entrar en contacto con esta subpoblación de mujeres en las que la prevalencia del cáncer de cuello de útero suele ser mayor. Los posibles incentivos para fomentar la continuidad y la longitudinalidad de la atención se enumeran en la tabla 2.

Incentivos dirigidos a mantener los conocimientos y habilidades incorporando las novedades beneficiosas y oportunas

El médico general empieza su trabajo con un cúmulo de conocimientos prácticos y teóricos que se vuelven obsoletos al cabo de una década. Si la formación ha estado centrada en los hospitales muchos de estos conocimientos son inapropiados para el trabajo como médico de cabecera. Por ello, el médico general debe adaptarse a su ambiente de trabajo conservando los conocimientos válidos y adquiriendo los que le faltan. Éste es un largo proceso interactivo que debería durar los cuarenta años de ejercicio profesional. La mejor forma de lograrlo es la exigencia de un mínimo de actividades docentes en períodos quinquenales; es decir de cierta forma de recertificación profesional¹⁸. Las actividades a justificar en períodos de cinco años incluyen desde la suscripción y lectura de revistas en el domicilio a la participación en cursos de actualización, pasando por publicaciones y docencia y la atención de calidad a los propios pacientes (demostrada en auditorías, que deberían incluir los datos del proceso y del resultado). No se trata de obligar a realizar actividades concretas, sino de fomentar un conjunto de prácticas que puede completarse con temarios y cuestiones que permitan, en su domicilio y con autocorrección, el mantenimiento y la actualización de los conocimientos del médico general.

Tabla 3. Incentivos dirigidos a mantener los conocimientos y habilidades

- 1) Recertificación quinquenal
- 2) Apoyo a la formación continuada
- 3) Información epidemiológica en Medicina General/de Familia
- 4) Auditorías por pares (médicos generales) y de interconsulta (con especialistas)

La idea de formación continuada conlleva el significado de esfuerzo. Este esfuerzo es responsabilidad del propio médico general, pero se puede facilitar, por ejemplo, con algunos días de docencia. O, en otro ejemplo, con bolsas para viajar a reuniones de reconocido valor docente. Este conjunto de ayudas puede facilitar mucho el trabajo de formación continuada y servir de poderoso incentivo profesional^{24,25}.

El mejor enfoque para la formación continuada exige la localización de los líderes profesionales; es decir, de los médicos generales admitidos por sus colegas como tales líderes, que pueden actuar personalmente o con la colaboración de los especialistas que seleccionen. Estos líderes locales podrían trabajar con un pequeño equipo responsable de la formación continuada para seleccionar y preparar los temas y actividades. Idealmente deberían mezclarse las innovaciones con el refuerzo de las pautas bien adquiridas; por ejemplo, contribuir a definir el uso de los inhibidores de la ECA (enzimas convertidoras de la angiotensina) en los hipertensos diabéticos y, al tiempo, reforzar el uso de la penicilina como antibiótico de primera elección. Estos conocimientos se refuerzan si se adaptan a necesidades locales; por ello se necesita información epidemiológica de medicina general. Por ejemplo, número de neumonías esperable anualmente entre los ancianos del área, gérmenes causales y mejor opción terapéutica. Este tipo de información epidemiológica no es difícil de obtener.

Puesto que el trabajo del médico general tiene una enorme repercusión económica, la formación continuada debería tener un objetivo doble: fomentar el trabajo de calidad y disminuir los costes. Por ejemplo, una de las actuaciones más caras que realiza el médico general es derivar pacientes; la formación continuada debería buscar que la probabilidad de las enfermedades en los derivados fuera alta y que la derivación fuera correcta (ni demasiado temprana ni demasiado tardía). A ello pueden contribuir las auditorías (especialmente, la auditoría de interconsulta, entre especialistas y médicos generales)²⁶.

Incentivos dirigidos a mejorar el papel de médico general como asesor del paciente

En el futuro gran parte del trabajo del médico de cabecera será de pura asesoría. Es decir, de ese trabajo que llamamos "tranquilización del paciente" ("reassurance"). El que ya se realiza con los pacientes VIH positivos, que pueden requerir durante años, a veces décadas, un simple seguimiento (cuidado anticipatorio, consejo y tranquilización). Y el que realizará con todos los "marcados" por la próxima generalización del diagnóstico genético precoz de enfermedades²⁷.

El trabajo del médico general como asesor tiene tres componentes: a) consejo sobre variaciones de la normalidad (muchos "hallazgos patológicos" son variaciones de la normalidad, sin ninguna relevancia clínica: desde ondas en el electrocardiograma a sombras en la radiografía de los senos nasales, pasando por resultados bioquímicos); b) consejo para que el paciente acepte "no hacer nada" u "opción cero"²⁸. (lo que en Medicina General o de Familia conoce como "esperar y ver" ("to wait and see") un principio fundamental cuando se atienden enfermedades autolimitadas o enfermedades sin tratamiento que se aplica a casos que van desde la infección vírica de las vías respiratorias altas al cáncer de próstata en ancianos), y c) consejo sobre el pronóstico (la información necesaria para que el paciente pueda calibrar la importancia de los distintos diagnósticos; es la información más escasa en el contacto médico-paciente).

Este trabajo de asesor puede incentivarse fomentando el cuidado anticipatorio, que exige registros adecuados y profesionales capacitados (bien formados y con sentido de responsabilidad). También, a través de los mecanismos previamente señalados que aumentan el trabajo de calidad. Y, específicamente, a través de comités de ética activos y productivos, capaces de transmitir, apoyados por los incentivos comentados, una forma de trabajar que valore aquello que más aprecia la sociedad: recibir los mejores cuidados a un coste razonable. El trabajo

Tabla 4. Incentivos para mejorar el papel del médico general como asesor del paciente

- 1) Consejo sobre variaciones de la normalidad
- 2) Fomento de la "opción cero", cuando sea adecuada
- 3) Consejo sobre el pronóstico
- 4) Fomento del cuidado anticipatorio
- 5) Comités de ética

del comité de ética podría ser clave, en seminarios, publicaciones y comentarios de casos, y en el seguimiento de pacientes y médicos problemáticos.

Conclusiones

En el ejercicio por cuenta ajena se presenta una diferencia de intereses entre patrón y empleados, que crea dificultades; especialmente en la medida que el ejercicio profesional implica ejercer el juicio propio y por tanto tener discrecionalidad de actuación en ciertos ámbitos. La discrecionalidad gestora se ve limitada por los propios profesionales empleados. De cómo se reconozca este hecho -mediante, por ejemplo, incentivos del estilo de los aquí propuestos que tratan de minimizar las diferencias de intereses entre patrón y empleados- depende la obtención de la necesaria colaboración entre médicos generales y sus patrones. La organización sanitaria que pretenda ser excelente precisa de una buena medicina general (y -en general- una orientación de sus servicios sanitarios hacia la atención primaria²⁹) pero también la medicina general requiere una buena organización sanitaria. Y organización significa coordinación e incentivos.

Agradecimientos

Este trabajo forma parte de un conjunto de estudios coordinados por la Fundación de Estudios de Economía Aplicada y ha contado con la ayuda del "Fondo del Banco de España para la financiación de estudios sobre la Regulación de los Servicios en España".

Bibliografía

1. Starfield B. *Primary care: concept, evaluation and policy*. Nueva York: Oxford University Press, 1992.
2. Tomlinson B. *Report of the inquiry into London's health service, medical education and research*. Londres: HMSO, 1992.
3. King's Fund Commission. *London's Health Care in 2010*. Londres: King's Fund, 1992.
4. Culley GA. «Fried chicken» medicine: the business of primary care. *J Fam Pract* 1994; 38: 68-73.
5. Gérvas J, Pérez Fernández MM, Starfield B. Primary care, financing and gatekeeping in Western Europe. *Fam Practice* 1994; 11: 307-17.
6. Gérvas J, Pérez Fernández MM. Farmacoeconomía y medicina general. En: Sacristán JA, Badía X, Rovira J (dirs). *Farmacoeconomía: evaluación económica de medicamentos*. Madrid: Editores Médicos, 1995: 185-202.
7. Pané O. Instrumentos para la modernización de la gestión en atención primaria. *Centro Salud* 1993; 1: 754-61.
8. López Ruiz A. Evaluación de un proyecto de autogestión en atención primaria. *Aten Primaria* 1994; 13: 225-31.

9. Bosanquet N, Leese B. *Family doctors and economic incentives*. Aldershot: Dartmouth, 1989.
10. Shimmura K. Effects of different remuneration methods on general medical practice: a comparison of capitation and fee-for-service payment. *Int J Health Planning Management* 1988; 3: 245-58.
11. Donaldson C, Gerard K. Paying general practitioners: shedding light on the review of health services: *J Royal Coll General Practitioners* 1989; 39: 114-7.
12. Safran DG, Tarlov AR, Rogers WH. Primary care performance in fee-for-service and prepaid health care systems. Results from the Medical Outcome Study. *JAMA* 1994; 271: 1579-86.
13. Barnum H, Kutzin J, Saxenian H. Incentives and provider payment methods. *Int J Health Planning Management* 1995; 10: 23-45.
14. Scott A, Hall J. Evaluating the effects of GP remuneration: problem and prospects. *Health Policy* 1995; 31: 183-95.
15. Hickson G, Altemeier W, Perrin J. Physician reimbursement by salary or fee-for-service: effect on physician practice behavior in a randomized prospective study. *Pediatrics* 1987; 80: 344-50.
16. Stearns SC, Wolfe BL, Kinding DA. Physician responses to fee-for-service and capitation payment. *Inquiry* 1992; 29: 416-25.
17. Krasnik A, Groenewegen PP, Pederson PA, Scholten P, Moone G, Gottschau A y cols. Changing remuneration systems: effect on activity in general practice. *BMJ* 1990; 300: 1698-701.
18. Richards T. Recertifying general practice. *BMJ* 1995; 310: 1348-9.
19. Boerma W, de Jong F, Mulder P. *Health care and general practice across Europe*. NIVEL, Utrecht: 1993: 7.
20. Unidad de Medicina Comunitaria. Consultas externas intrahospitalarias. Hospital Universitario "12 de octubre". *Bol Indicadores SISA* 1994; 3: 4-20.
21. Fleming DM, Backer P (dirs). *The European Study of Referrals from primary to secondary care*. Occasional paper 56. Londres: Royal College of General Practitioners, 1992.
22. Vehviläinen A, Kumpusalo E, Takala J. *Risk of long contact after referring patients to hospitals*. SIMG Spring Meeting. Abstracts book. Estoril: SIMG, 1994.
23. Gervas J. La reforma de la atención primaria. Una propuesta pragmática. *Gac San* 1989; 3: 476-81.
24. Melguizo M, Prados MA, Esquisabel R y cols. *Medidas de motivación e incentivación en atención primaria*. Barcelona: SEMFC (Documentos no 1), 1994.
25. Melguizo M, Grupo de Trabajo de la SEMFC. Incentivos en atención primaria. *Aten Primaria* 1994; 14: 701-3.
26. Baker R. What is interface audit? *J Royal Soc Med* 1994; 87: 228-31.
27. Davison CH, Macintyse S, Smith GD. The potential social impact of predictive genetic testing for susceptibility to common chronic diseases: a review and proposed research agenda. *Soc Health Illness* 1994; 16: 341-73.
28. Webb B. The zero option. *BMJ* 1995; 310: 1380.
29. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344: 1129-33.

