

INCENTIVOS A PRESCRIPTORES

Laura Cabiedes y Vicente Ortún

Uno de cada ocho hospitales japoneses aceptó una tarifa prospectiva por tipo de enfermedad... la cantidad de medicamentos suministrada a los pacientes ingresados disminuyó en un 83%. Los médicos japoneses prescribían y dispensaban los medicamentos... el Ministerio de Salud y Bienestar quiere acabar con esa práctica. (The Economist, 19 de octubre 1996)

Lástima que más barato no siempre equivalga a mejor, a más adecuado. (Su médico)

Introducción

Idealmente, el prescriptor (agente del paciente) debería indicar aquel medicamento más adecuado a cada situación teniendo en cuenta las variables que afectan al paciente (diagnóstico, pronóstico, facilidad de toma, efectos secundarios y otras) y el coste social de oportunidad. Se adopta, de entrada, un criterio de idoneidad - o adecuación- social para valorar la prescripción. Conviene no perder de vista que existen dos perspectivas alternativas a la social para valorar la idoneidad: la clínica y la del paciente individual. La idoneidad clínica se establece en función de beneficios y perjuicios clínicos esperables para el paciente promedio. El punto de vista del paciente individual se incorpora cuando se adaptan las guías de buena práctica clínica a la actitud del paciente ante el riesgo o a las diferentes dimensiones de la calidad de vida que cada persona aprecia. Finalmente, el punto de vista social - que se adopta en este capítulo- incorpora la noción de coste de oportunidad y trata de maximizar la “función de bienestar” que cada sociedad establezca libremente.

Realmente, España presenta un poco envidiable liderazgo europeo en resistencias bacterianas, gran variabilidad aparentemente arbitraria en las tasas de prescripción y elevada inadecuación en cuanto a indicación de fármaco, elección de medicamento, administración del mismo, revisión de los tratamientos y a la comunicación entre los componentes de la ‘cadena del medicamento’¹. Por ejemplo, la inadecuación en la prescripción se produce tanto cuando se prescribe sin indicación pertinente (antibióticos

en infecciones respiratorias agudas virales) como cuando falta la prescripción ante una situación que la requiere (infratratamiento de pacientes asmáticos).

Este capítulo trata acerca de cómo disminuir la brecha entre lo real y lo ideal actuando sobre el prescriptor, prescriptor que se mueve por una mezcla de **motivaciones** extrínsecas (en función de las consecuencias que se esperan alcanzar), intrínsecas (las consecuencias que espera se produzcan en él) y trascendentes (consecuencias de sus acciones en otro u otros sujetos)². Un conjunto de variables (fundamentalmente del paciente, pero también del propio médico, de la organización, de la profesión y de la sociedad en general) explican la prescripción: son **los factores que influyen la misma**. Se considerará que **un factor se convierte en incentivo** cuando puede ser influido por una política para que afecte al comportamiento prescriptor de una manera beneficiosa para el bienestar social.

La prescripción es un acto profesional del médico, sobre el que no siempre tiene la iniciativa: Algunos estudios con médicos de familia muestran que éstos no se sienten responsables de todas las recetas que extienden revistiendo especial importancia la inducción de la receta por el especialista y, secundariamente, por el paciente³.

Prescripción, ¿tarea complementaria o sustitutiva?

Dos tareas son complementarias cuando la realización de un esfuerzo para la primera aumenta el esfuerzo requerido para la segunda. Las tareas serán, por el contrario, substitutivas cuando dedicar más esfuerzo a una de ellas disminuye el coste del esfuerzo de realizar la segunda.

La prescripción puede ser considerada tanto un 'input' del proceso asistencial como un 'producto del mismo'. En cualquier caso, en la mayoría de las ocasiones, la prescripción tiene un carácter substitutivo de otros factores de producción (tiempo por ejemplo) o de otros productos (consejos por ejemplo).

Los factores explicativos de la prescripción que afectan al prescriptor y que tienen cierta importancia y vulnerabilidad (**incentivos** por tanto) están organizados tanto **en cascada**⁴ como de **forma paralela**.

En cascada, bajo el supuesto más frecuente, de trabajo profesional por cuenta ajena: el financiador establece unos objetivos, no todos explícitos, para la organización sanitaria. No hay que dar por sentado que tales objetivos persigan la eficiencia. A su vez las organizaciones sanitarias -los proveedores- tratan de trasladar los objetivos, e incentivos, recibidos del financiador o financiadores a los clínicos, quienes en el caso de la prescripción, asignan la totalidad de los recursos.

La forma paralela se refiere a la presión ejercida por colegas con impacto tanto en la reputación como en la carrera profesional.

La prescripción, como acto profesional del médico, se produce en un **entorno**. En la sección primera se analiza el entorno institucional (regulación estatal, reglas del mercado, normas clínicas y cultura poblacional); la sección segunda se dedica al establecimiento de una tipología de políticas que pueden estimular una prescripción adecuada y a la valoración del conocimiento sobre la efectividad de tales políticas, poniendo especial énfasis en la Unión Europea. La tercera y última sección resumirá lo que el análisis económico aplicado (y la investigación sobre servicios sanitarios en general) puede decirnos sobre la cuestión de incentivos a prescriptores.

I. El entorno institucional

Cada sociedad tiene sus reglas de juego: sus instituciones. Estas instituciones se definen como las restricciones creadas por el hombre para estructurar la interacción política, económica y social. Las instituciones son tanto las reglas de juego de una sociedad como sus mecanismos de salvaguarda. Pueden ser formales, como la Constitución, las leyes, los derechos de propiedad, los códigos deontológicos, e informales, como las costumbres, las tradiciones o las pautas de conducta esperadas en un grupo profesional. Las instituciones en cualquier sociedad dependen de su trayectoria previa y tienen una inercia considerable. Las ‘instituciones’ deseables son las que mejor reconcilian el interés individual con el interés social⁵.

Tres suelen ser las instituciones relevantes para la gestión clínica: La Regulación Estatal, las Reglas del Mercado y las Normas Profesionales Clínicas⁶.

1/ Regulación Estatal

La Regulación Estatal de la producción, distribución y utilización de fármacos ha sido ampliamente analizada en otros capítulos de esta obra. En esta parte se revisarán únicamente las medidas de regulación orientadas a influir en la prescripción. Las medidas contempladas se han clasificado del modo expuesto en el **Cuadro 1**, dilucidando en primer lugar si están o no orientadas directamente a reducir el gasto farmacéutico público; en segundo lugar, si actúan sobre el lado de la demanda (el paciente/usuario) o de la oferta (básicamente, médicos, farmacéuticos o la propia

industria); y, en último lugar, si se trata o no de medidas coercitivas. En este segundo caso, generalmente se trata de medidas articuladas en torno a incentivos positivos y/o negativos. Nótese que se trata de una lista abierta que recoge tan sólo algunos ejemplos ilustrativos.

La filosofía que inspira el Cuadro 1 precisa algunas consideraciones: el papel del médico como agente del paciente permite considerarlo tanto en el lado de la demanda como de la oferta. Aquí se ha optado por esta segunda perspectiva, en cuanto a su actuación como prescriptor, prefigurando la oferta disponible y ayudando simultáneamente a definir la demanda. El sistema de precios de referencia figura dos veces, en la medida en la que pretende actuar al mismo tiempo sobre la demanda y sobre la oferta. Con relación a la demanda, rompiendo la disociación consumidor/decisor/ pagador que caracteriza la financiación con fondos públicos de medicamentos que precisan receta y, por lo tanto, venciendo la insensibilidad del usuario ante los precios. Con relación a la oferta, incentivando a la industria a situar los precios de los medicamentos incluidos en el esquema próximos a los de referencia. Por su parte, la atención farmacéutica (que consiste en conceder al farmacéutico responsabilidades sobre el resultado de la terapéutica farmacológica en cada paciente) se relaciona tanto con la demanda como con la oferta, dado que este nuevo modo de ejercicio profesional se articula necesariamente en torno a la colaboración paciente/médico/farmacéutico.

Con el rótulo de “evaluación económica” se designa la utilización de estudios de este tipo con el fin de ayudar a tomar decisiones relativas a alguno de los siguientes aspectos: fijación de precios, registro y financiación con fondos públicos de los medicamentos evaluados. Si bien es cierto que entre las medidas de apoyo a la racionalidad de las pautas de prescripción pueden incluirse estudios de este tipo, se han clasificado como medidas indirectas, diferenciándolas de las anteriores. Se interpretan más bien como guías que tratan de influir en el proceso de prescripción por parte de los facultativos. Por último, los presupuestos conllevan incentivos económicos positivos y/o negativos, orientados directamente al control del gasto farmacéutico. En cambio, las medidas de seguimiento de las pautas de prescripción y de apoyo a pautas más racionales se clasifican como medidas indirectas, aunque en la práctica pueda ser discutible la consideración de las primeras como tales, si el seguimiento no va más allá de un control simplista (apoyado exclusivamente en indicadores cuantitativos,

desligados del perfil de la población y otros posibles factores explicativos), orientado básicamente a la captación de casos de fraude.

En el **Cuadro 2** se recogen algunas de las medidas orientadas a influir en la prescripción aplicadas en los países de la Unión Europea. Como se puede observar, las medidas más utilizadas son el copago (presente en todos los países estudiados, desde que fue recientemente introducido en Holanda), las listas positivas y/o negativas de medicamentos, el control de precios y el seguimiento/control de la prescripción (realizado en todos los casos objeto de estudio). En definitiva, en todos se intenta controlar el gasto actuando sobre la demanda a través de la cofinanciación por parte del paciente, si bien el centro de gravedad de las políticas se sitúa en torno a medidas coercitivas de actuación directa sobre la oferta.

Cuadro 1
Medidas orientadas a influir en la prescripción

1. Medidas directamente orientadas a reducir el gasto farmacéutico público:	
1.1. Sobre la Demanda	<p>Coercitivas: Copago</p> <p>No coercitivas: Precios de referencia</p>
1.2. Sobre la Oferta	<p>Coercitivas: Lista positiva Lista negativa Control de precios Control de beneficios Tamaño de los envases Número de <i>ítems</i> por receta Presupuestos individuales o globales</p> <p>No coercitivas: Presupuestos indicativos Apoyo explícito a los genéricos Sustitución por los farmacéuticos Modo de retribución de las oficinas de farmacia Evaluación económica Precios de referencia</p>
2. Medidas orientadas a modificar conductas (por parte de los usuarios, la propia industria o los profesionales sanitarios, con el objetivo de alcanzar un uso más racional de los medicamentos, códigos de conducta más éticos ...) de las que se podrían derivar efectos indirectos sobre el gasto:	
2.1. Sobre la Demanda	<p>Coercitivas: Exigencia de receta</p> <p>No coercitivas: Educación para la salud Implicación en un programa de atención farmacéutica</p>
2.2. Sobre la Oferta	<p>Coercitivas: Límites al gasto en publicidad Penalización de la mala <i>praxis</i> profesional</p> <p>No coercitivas: Seguimiento de los patrones de prescripción Medidas de apoyo para racionalizar la prescripción Atención farmacéutica Modo remuneración Oficina de Farmacia</p>

Nota al cuadro 1. El carácter coercitivo de una medida es una cuestión de grado: Dependiendo de cómo se apliquen y del contexto las no coercitivas podrían, en su extremo, traducirse en medidas coercitivas.

Cuadro 2
Medidas orientadas a influir en la prescripción aplicadas en algunos países de la UE

	AL	BEL	DIN	ESP	FR	GR	HOI	IRL	ITA	POR	RU	SUE
Copago	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Precios de referencia	X		X	X			X		X			X
Lista positiva		X	X		X	X	X		X	X		X
Lista negativa	X			X		X		X			X	
Control de precios		X		X	X	X	X	X	X	X		X
Control de beneficios				X ¹							X	
Tamaño de los envases	X								X			
Número de ítems / receta									X			
Presupuestos coercitivos	X				X	X ²					X	
Presupuestos indicativos		X				X ²					X	
Apoyo a genéricos ³	X		X				X	X			X	
Sustitución por los fcos		X	X	X			X ⁴	X	X		X	
Pago fijo O de farmacia			X				X				X	X
Evaluación económica												
Educación para la salud							X				X	
Atención farmacéutica	P	P	P	P			P	P		P	P	P
Límites gasto en publicidad											X	
Penalización por mala praxis	X	X			X	X ²						
Seguimiento prescripción	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Racionalizar la prescripción		X	X		X		X	X			X	

¹ Control indirecto desde principios de los años 90, cuando la determinación de precios comienza a apoyarse en los costes.

² Sólo en el caso de IKA (la mayor Caja de Enfermedad del sistema sanitario griego).

³ Se han considerado los casos donde se viene aplicando una política explícita y continuada a favor de los genéricos. No obstante, se podrían añadir otros países en los que se está comenzando a promocionar (a veces indirectamente) los genéricos, como España, Francia y Portugal.

⁴ A petición del paciente

P: Proyectos piloto.

Fuentes Cuadro 2:

Abel-Smith B, Mossialos E. Cost containment and health care reform: a study of the European Union. Health Policy 1994; 28: 89-132.

Cabiedes L. La regulación de la industria farmacéutica. En Velarde J, García-Delgado JL, Pedreño A (eds). Regulación y competencia en la Economía Española. Madrid: Civitas, 1995, p 213-229.

- Cabiedes L. Información sobre pacientes derivada de la atención farmacéutica. En Peiró S, Domingo L (eds). Información sanitaria y nuevas tecnologías. Vitoria: Asociación de Economía de la Salud, 1998, p 169-182.
- Gómez ME, Ruiz JA, Martínez J. Políticas de uso racional de medicamentos en Europa. Administración Sanitaria 1999; 3: 93-107.
- Jacobzone S. Pharmaceutical policies in OECD countries: reconciling social and industrial goals. Labour Market and Social Policy Occasional Papers nº 40. París: OCDE, 2000.
- López Bastida J, Mossialos E. Políticas de contención del gasto farmacéutico en los Estados miembros de la Unión Europea. En Meneu R, Ortún V (eds). Política y gestión sanitaria: la agenda explícita. Barcelona: SG editores y Asociación de Economía de la Salud, 1996, p 321-346.
- Mossialos E, Kanavos P, Abel-Smith B. The impact of the single European market on the pharmaceutical sector. En Mossialos E (ed): Cost containment, pricing and financing of pharmaceuticals in the European Community: The policy-makers view. Londres: London School of Economics y Pharmetrica S.A., 1994, p 17-87.
- Zara C, Segú L, Font M, Rovira J. La regulación de los medicamentos: teoría y práctica. Gaceta Sanitaria 1998; 12: 39-49.

2/ Reglas del Mercado

Las Reglas del Mercado para un servicio como el sanitario no resultan determinantes en Europa. No obstante, si en algún acto clínico tienen especial importancia es en el de la prescripción.

Una parte importante de la información que recibe el médico, de la financiación de las investigaciones que realiza, de los congresos a los que asiste, de las revistas que lee...proviene de la industria farmacéutica.

*La publicidad farmacéutica*⁷

“Con arreglo a las normas españolas, el coste de la promoción de los medicamentos no debe ser superior al 12% de su precio. Este porcentaje ... parece muy alejado de la realidad ... Según algunas estimaciones, los procesos de comercialización, incluyendo la promoción y el marketing, pueden suponer en España entre el 22 y el 28% del volumen de venta de los laboratorios...la importancia de las actividades de promoción individual dirigida hacia médicos es tal que probablemente ha terminado por desvirtuar cualquier posibilidad de introducción de incentivos ... económicos, ampliamente superados por las retribuciones ‘en especie’ que sirven de apoyo a estas formas de promoción”.

Otra de las peculiaridades de la situación española en cuanto a publicidad es su escaso control. La transcripción de una directiva comunitaria sobre esta materia dio lugar a una descentralización a las CCAA del control de la publicidad...lo que ha hecho desaparecer casi por completo el control de la publicidad por el carácter interterritorial de las actividades de promoción.

En un estudio reciente⁸ realizado sobre anuncios de antihipertensivos e hipolipemiantes publicados, durante 1997, en seis revistas médicas españolas de prestigio, se trató de establecer la veracidad de las afirmaciones - fundamentalmente sobre efectividad y referenciadas a estudios científicos previos- contenidos en los anuncios. Se pudieron localizar las referencias en 102 de las 125 afirmaciones publicitarias pero en el 43% de los casos la referencia bibliográfica aludida no apoyaba la afirmación publicitaria. Esta situación fue más frecuente en los antihipertensivos que en los hipolipemiantes. El principal motivo de falta de veracidad fue que el eslogan recomendaba el fármaco en una población diferente a la del estudio o en una población concreta sin que el trabajo se refiriera a esta población ni existiera un análisis por subgrupos que justificase la recomendación.

Los visitantes médicos. Cada médico de un centro de Atención Primaria, que dispone de agenda informatizada y registra tiempos reales de visita, dedicó 2'6 semanas al año a atender a los representantes comerciales de los laboratorios...traducido en costes unas 475.000 pesetas por médico y año⁹.

Existe amplia evidencia de cómo la industria farmacéutica afecta al comportamiento prescriptor de los médicos en bastantes ocasiones en sentido negativo¹⁰. La formación continua, la investigación, los congresos, incluso la organización del ocio, dependen de forma abrumadora de la industria farmacéutica. No parece de recibo que los visitantes médicos sean la fuente principal de la información sobre medicamentos o que se vigile pobremente el cumplimiento de la regulación existente sobre publicidad de medicamentos de uso humano.

La investigación también está muy mediatizada por los intereses, legítimos, de la industria farmacéutica: cláusulas contractuales de reserva de derechos de publicación, selección inicial de investigadores y temas, reciente consecución de posición dominantes de empresas especializadas en la realización de ensayos clínicos (en detrimento de los centros académicos). Se produce, con frecuencia, un conflicto de intereses bienestar social/bienestar particular que no necesariamente supone fraude ni malpraxis, pero que conviene hacer público -explicitando fuentes de financiación por ejemplo- para que los usuarios de la investigación puedan juzgar por sí mismos su importancia.

3/ Normas Profesionales Clínicas

La acción prescriptora implica junto al aspecto sanitario, un aspecto económico, siendo el médico un ordenador de pagos, sin que su mandamiento requiera una intervención o fiscalización previa, tal como acontece con la mayor parte de los gastos de las Administraciones Públicas¹¹.

No hay que olvidar la gran discrecionalidad de los profesionales sanitarios y la obviedad de que son ellos quienes realmente asignan la mayor parte de los recursos sanitarios; estos profesionales pertenecen a un colectivo que se rige por unas normas clínicas. Las normas profesionales clínicas comprenden tanto el conjunto de comportamientos que la profesión estima aceptables (y que sanciona con prestigio, eponimia, ostracismo...) como el conjunto de valores y expectativas compartidos por el grupo profesional de referencia.

Estas normas clínicas vienen influidas, además de por Estado y mercado, por la cultura poblacional: "Nos movemos en una acendrada cultura del medicamento que hipertrofia sus beneficios hasta crear incluso dependencias injustificadas al tiempo que minusvalora formas más racionales de tratamiento o prevención"¹².

II. Políticas de incentivación a prescriptores

El análisis de las políticas de incentivación a prescriptores ha sido objeto de mayor atención en Estados Unidos que en Europa. Aun así, el impacto potencial de las medidas depende hasta tal punto de la estructura organizativa y del contexto sociocultural en el que se apliquen, que resulta muy aventurado extraer conclusiones generales de las revisiones realizadas al respecto. En una primera aproximación, podemos guiarnos por un esquema que recoja las políticas de incentivación a prescriptores más representativas y proceder posteriormente a un análisis adaptado al contexto europeo (Véase el **Cuadro 3**). Con independencia de su aplicación simultánea, se distinguen tres tipos de incentivos: financieros, no financieros y la articulación de ambos a través de una única fórmula.

A efectos de analizar los **incentivos de carácter financiero** en el contexto europeo, conviene hacer mayor hincapié en la fórmula de los presupuestos que en los diferentes mecanismos de pago a los médicos. Desde nuestra perspectiva, éstos se contemplan indirectamente, en cuanto al impacto que la articulación de presupuestos, en su caso, pudiera tener sobre la remuneración de los prescriptores (como es el caso alemán). Dos razones motivan este enfoque: en primer lugar, en la mayoría de los sistemas sanitarios públicos europeos predomina el salario como forma de pago, si acaso complementado con una pequeña parte variable en función del número de pacientes presentes en la lista del médico. En segundo lugar, si bien la coexistencia de esquemas de pagos bien distintos en Estados Unidos ha conducido a poner el acento en su impacto sobre la utilización de servicios y, en menor medida, sobre el gasto en medicamentos, la presencia de problemas metodológicos impide extraer conclusiones totalmente validadas, incluso en este contexto.

Presupuestos

Sólo cabe mencionar la utilización de presupuestos médicos en sentido estricto en el caso del Reino Unido, tras la reforma iniciada a principios de los años 90, que concede a los médicos generales capacidad de compra y responsabilidades sobre presupuestos para la adquisición de servicios hospitalarios (ampliados sucesivamente) y de medicamentos. El incentivo al ahorro farmacéutico se articuló en torno a la posibilidad de reinvertir parte de los ahorros obtenidos en farmacia -por los ahora transformados médicos de

cabecera detentadores de presupuestos (*GP fundholders*)- en otros conceptos¹³. Los médicos generales que no se acogieron a este esquema se regían por presupuestos indicativos, pero en este caso no existían incentivos negativos ni positivos. Últimamente este esquema cambió: cada práctica de Medicina General (EAP) de una determinada área geográfica del *National Health Service* pertenecerá obligatoriamente a los recientemente creados Grupos de Atención Primaria (GAP). Estos GAP cubrirán una población en torno a los 100.000 habitantes; la autoridad sanitaria les asignará un presupuesto anual y serán responsables de prácticamente todas las necesidades sanitarias de la población. Cada EAP integrante de un GAP será controlado a través de un presupuesto indicativo.

La fórmula de cálculo del presupuesto de un EAP debe ofrecer un estimador insesgado del nivel esperado de gasto si cada EAP respondiera de forma estándar a las necesidades de su población. Aunque las considerables dificultades técnicas para el establecimiento de esa fórmula pudieran superarse, el gasto real de un EAP diferiría del presupuestado por: características de los pacientes no recogidas en la fórmula (socioeconómicas, enfermedades crónicas, cobertura privada...), variaciones en práctica clínica entre EAPs, variaciones aleatorias en los niveles de enfermedad y variaciones en precios. Para una población de 10.000 habitantes (moda razonable en EAP) existe un tercio de probabilidades de que el gasto real se desvíe en más de un 10% de un presupuesto bien hecho¹⁴. Esta limitada fiabilidad de los presupuestos puede provocar una variada gama de respuestas por los EAPs, desde gastar lo que 'sobre' para que no quede presupuesto sin ejecutar hasta seleccionar pacientes o proporcionar atención sanitaria por debajo de la media para ajustarse al presupuesto. Existen varias posibilidades para mitigar estas consecuencias negativas: La agrupación voluntaria de EAPs, y de sus presupuestos, hace que el mayor tamaño poblacional permita una mejor compensación de riesgos y una menor probabilidad de desviaciones. Parecido efecto se consigue agrupando años para un mismo EAP de manera que sus desviaciones puedan irse compensando en el tiempo. La exclusión de enfermedades catastróficas o una delimitación de la cartera de servicios, que excluya tratamientos muy costosos, ayudan a construir presupuestos más razonables. Finalmente los EAPs pueden reasegurarse mutuamente constituyendo un fondo que, al final del ejercicio, permita que quienes han podido tener excedentes compensen a quienes de manera justificada han incurrido en déficits.

Más específicamente farmacéuticos fueron los presupuestos introducidos en Inglaterra en 1991 como parte del reformado esquema de *GP fundholders*. Supuso un intento de

superar la presupuestación histórica tanto para controlar el crecimiento del gasto como para reducir las grandes variaciones existentes en gasto farmacéutico entre EAPs. A partir de 1993-94 se aplicó una capitación ajustada por edad, sexo y residentes temporales: el *ASTRO-PU (age, sex, and temporary resident originated prescribing unit)*¹⁵. En el 2000-2001 se empezará a aplicar una fórmula más refinada que ajusta además por cuatro variables de necesidad y que trata de ignorar el efecto de la oferta en la utilización¹⁶. Los presupuestos de prescripción -basados en necesidad e independientes de la oferta- constituirán objetivos a los que paulatinamente irán ajustándose GAPs y EAPs. En la medida que los presupuestos de prescripción se integran en el presupuesto general del GAP y del EAP existirá posibilidad de sustitución entre, por ejemplo, gasto de farmacia y atención especializada programable. La máxima cantidad que los EAPs pueden retener de sus eventuales ahorros en el presupuesto por todos los conceptos es de £45.000¹⁷.

En Alemania desde 1993 se comenzó a asignar a cada área cubierta por una asociación regional de médicos un presupuesto global para gasto farmacéutico tal, que el exceso sobre el límite establecido fuese financiado a través de sus propios honorarios. En este contexto, los colegios médicos se encargaron de enviar una notificación a aquellos médicos que excedían la media de su región en un 15 %, solicitando rectificación de la pauta a aquéllos que sobrepasasen el promedio en un 25 %¹⁸. Aunque no disponen de presupuestos médicos en sentido estricto, sí cabe mencionar un mínimo de control en países como Bélgica, Francia, Irlanda e Italia¹⁹, así como presupuestos orientativos en la mayoría de las Comunidades Autónomas españolas, con el fin de permitir el seguimiento del gasto.

Cuando se introdujo el esquema de presupuestos en el Reino Unido y en la República de Irlanda con la posibilidad de reinversión de los ahorros obtenidos, la principal preocupación era que se obtuviesen ahorros a costa de prescribir menos de lo deseable a los pacientes. No parece existir evidencia en este sentido y sí en cambio, en el sentido de agotamiento del estímulo implícito en los incentivos, ya que cada año el presupuesto es más ajustado, desapareciendo con el margen de maniobra los propios incentivos^{20,21}.

Según el informe realizado por la Audit Commission en el Reino Unido, publicado en mayo de 1996, hasta ese momento, los médicos adscritos a Fundholdings controlaron mejor el gasto farmacéutico que los adscritos a presupuestos indicativos, siguiendo una pauta de prescripciones caracterizadas por mejor relación coste-efectividad, fundamentalmente a través de un mayor uso de productos genéricos y de una actitud

más cautelosa ante las innovaciones. No obstante, algunos estudios concluyen que existen pocas diferencias consistentes entre los costes de prescripción en uno y otro caso, que no puedan ser explicadas por variables sociodemográficas subyacentes²².

Frente al esquema británico, en el presupuesto global de farmacia aplicado en Alemania desde 1993 a cada área cubierta por una asociación regional de médicos, se traslada parte del riesgo financiero a los médicos generales; es decir, la superación del gasto establecido como objetivo puede acarrear penalizaciones económicas (compartidas por los médicos y la industria farmacéutica). En este marco, los resultados positivos en términos de control del gasto farmacéutico, fueron acompañados de un aumento de las derivaciones a especialistas y hospitales. Y es que una diferencia destacable con el sistema británico consiste en que en éste los médicos asumen el riesgo relativo a un paquete completo de prestaciones, no sólo referido a la prestación farmacéutica, del mismo modo que el riesgo no se traslada a sus salarios. El impacto inmediato en Alemania consistió en una caída del número de recetas y en sustituciones por medicamentos genéricos y menos innovadores. Esta fórmula ha permitido reducir el gasto en medicamentos inútiles o de dudoso valor, así como el correspondiente a algunos medicamentos útiles, aunque en menor medida²³. En tan sólo un año se consiguieron unos ahorros cuantificados en más de 2.000 millones de marcos alemanes, con menos problemas de los que se habían previsto en un principio. En definitiva se aumentó la racionalidad, al menos en el ámbito de Farmacia, dado que este ahorro es un buen indicador del grado de sobre-prescripción que primaba antes de la aplicación de la medida. Con todo, parece ineludible estudiar la racionalidad del proceso de sustitución de medicamentos por consultas médicas.

Incentivos no financieros. En términos generales, cabe señalar de antemano que no sólo los incentivos financieros y no financieros generalmente se aplican en paralelo, sino que en algunos contextos las medidas a primera vista de carácter no económico - como la formación continuada- pueden tener, a la larga, un impacto en los honorarios médicos²⁴. Por otra parte, las medidas que en principio se muestran como las más lógicas a efectos de mejorar la prescripción de los médicos, se encuentran con inconvenientes prácticos que les restan potencial. Así los **formularios o listas de medicamentos restringidos o esenciales**, una intervención lógica -en la medida en la que una selección consensuada con profesionales y revisada con regularidad es clínicamente racional al mismo tiempo que puede ser coste-efectiva- pero que puede chocar con la perspectiva de la política industrial.

Actualmente se detecta una tendencia bastante generalizada al empleo de formularios y protocolos. Así, a modo de ejemplo, en Italia se ha legislado -1997- en este sentido (tratando de incentivar comportamientos responsables, sobre todo a través de guías referidas al tratamiento de determinadas enfermedades). Su éxito depende de la participación de los profesionales sanitarios, del consenso, de las auditorías entre pares y de su actualización continua.

Cuadro 3
Políticas de incentivación a prescriptores

Tipo de incentivos	Aspectos considerados	Impacto
<p>Financieros: Coercitivos: * Modo de remuneración de los médicos (incluso el salario puede traducirse en un incentivo si su nivel se ajusta a criterios tales como gastos inducidos, satisfacción de los pacientes o calidad de la atención) * Presupuestos globales o individuales (Alemania, Inglaterra) No coercitivos: * Presupuestos indicativos (Irlanda del Norte)</p>	<p>* El gasto sanitario (total o casi total) (Inglaterra) * El gasto farmacéutico (Alemania)</p>	<p>* Sobre el presupuesto de la unidad de provisión (Inglaterra) * Sobre los honorarios del prescriptor (Alemania)</p>
<p>No financieros * Información * Formación * Formularios y protocolos de práctica, sin sanciones o incentivos económicos * Seguimiento de la prescripción (con/sin retroalimentación) * Guías coste-efectividad * Farmacia Hospitalaria: guías terapéuticas y otros instrumentos innovadores (creación de pseucompetencia en el sector farmacéutico hospitalario en la Comunidad Valenciana) * Interacción de otros profesionales (farmacólogos o farmacéuticos). Véase más arriba Farmacia Hospitalaria, otros instrumentos innovadores * Presión de los pacientes</p>	<p>* Racionalización de la prescripción, a veces tan sólo un enfoque fiscalizador</p>	
<p>Combinación de incentivos Coercitivos: Guías de práctica, cuando su incumplimiento puede acarrear incentivos económicos positivos y negativos (Francia: <i>Références Médicales Opposables</i>) No coercitivos: * Objetivos indicativos de prescripción, vinculados a la posibilidad de reinvertir los ahorros obtenidos (Irlanda: <i>Indicative Drugs Targets</i>)</p>	<p>* Patrón conforme a guías o perfiles de prescripción (criterios clínicos) (Francia e Irlanda)</p>	<p>* Sobre los honorarios del prescriptor (Francia) * Sobre el presupuesto de la unidad de provisión (Irlanda)</p>

La efectividad de las **intervenciones de corte educativo**, con algunos requisitos del tipo discusión en grupo, retroalimentación, proceso continuado, ha sido demostrada en países tan distintos como Alemania, Australia, Estados Unidos, Holanda, Irlanda, Islandia, Noruega, Reino Unido y Sudáfrica.

Por su parte, los “**recordatorios**” en el momento de la **prescripción** pueden tener un carácter más administrativo que educativo, desapareciendo su impacto cuando cesa la intervención, siendo en todo caso de especial relevancia su referencia a estándares de prescripción previamente consensuados. Se desconoce si este tipo de dispositivos podría reducir problemas relacionados con medicamentos derivados de presiones tanto por parte de otros colegas como de los propios pacientes.

Es preciso resaltar que los problemas metodológicos presentes en el diseño de algunos estudios de impacto de este tipo de medidas, obligan a ser muy cautelosos con los resultados obtenidos, ya que en el análisis de los efectos observados, habría que tener en cuenta la influencia de múltiples factores ajenos, en principio, al estudio. Esto explica que, en ocasiones, se detecten cambios positivos en la conducta prescriptora de médicos pertenecientes al grupo control. No obstante, Soumerai et al.²⁵ llevaron a cabo una revisión de 44 estudios (1970-1988) sobre algunos incentivos no financieros, que reunían determinadas condiciones de inclusión, como la evaluación de su impacto. De esta revisión, se obtiene evidencia sobre la relevancia de la estructura organizativa de la que se parte y del método aplicado, de modo que cuando se dispone de información individualizada por pacientes y la influencia y autoridad de otros colegas está legitimada, los “recordatorios administrativos” y los sistemas de retroalimentación parecen adaptarse a las prácticas de grupo, del mismo modo que, en estructuras menos consolidadas, las intervenciones educativas individuales, cara a cara (a semejanza de las visitas médicas) resultan más efectivas, sobremanera complementadas con material impreso.

La difusión de material educativo bien diseñado constituye un complemento de otras estrategias, en particular como base de las medidas de formación (entrevistas cara a cara o sistemas de retroalimentación), sobre todo teniendo en cuenta que añade un coste relativamente bajo. Sin embargo, la difusión de este tipo de material por sí solo apenas tiene efecto en el comportamiento prescriptor.

Respecto al seguimiento de la prescripción, en todos los países estudiados se llevan a cabo, de un modo u otro, procesos de este tipo, siguiendo la experiencia pionera del Reino Unido, aunque no siempre de forma sistemática. Además, en la mayoría de los casos no se llega a penalizar la mala praxis. En España se recoge información individualizada, más bien con el fin de contener el gasto y detectar casos de fraude que con el objetivo de racionalizar la prescripción, enfoque que es, por otra parte, bastante generalizado. Por su parte, la mayoría de los condados daneses envía estadísticas a cada médico sobre su patrón de prescripción y sobre la media obtenida en su área. Se ha comprobado que, en términos de conseguir cambios de conductas, resulta más efectivo que los condados hagan un seguimiento de las mismas y convoquen a aquellos médicos cuya práctica difiera considerablemente de la media. Ahora bien, la experiencia también ha mostrado que los médicos cambian rápidamente a la conducta anterior en el momento en que el condado abandona la iniciativa de seguimiento²⁶. En la revisión realizada por Soumerai et al.(citada previamente) cuatro estudios confirman estos resultados: sin seguimiento en el tiempo y sugerencias sobre cambios en las pautas de prescripción, es muy improbable que la conducta prescriptora de los médicos sea alterada.

En definitiva, en términos de conseguir cambios de conductas, no parece que el impacto de estas medidas en la prescripción sea muy efectivo y duradero en el tiempo, salvo que formen parte de un conjunto de actuaciones orientadas a racionalizar la prescripción, cuya efectividad sobre las conductas de prescripción puede variar considerablemente en virtud del método empleado. Así, frente a un enfoque predominantemente fiscalizador (que, por otra parte, raramente conduce a penalizaciones), el Reino Unido destaca como uno de los países donde el seguimiento se lleva a cabo de forma más sistemática y con mayor vocación de racionalizar la prescripción. En este sentido, las medidas de apoyo a la optimización de la prescripción abarcan desde las campañas informativas y educativas, hasta la utilización de guías de coste-efectividad, pasando por la elaboración de formularios y protocolos de práctica.

En el ámbito de la **Farmacia Hospitalaria**, tradicionalmente se vienen utilizando guías terapéuticas que, si bien tienen carácter voluntario, parecen ser seguidas en la práctica por los clínicos. En este contexto conviene llamar la atención sobre un experiencia innovadora, referida a la adquisición centralizada de medicamentos en la red pública de hospitales de la Consellería de Sanidad de la Comunidad Valenciana: tras todo un proceso de diseño de los dispositivos necesarios para adoptar la medida, incluida la

participación de los profesionales en el proyecto a través de la creación de un Comité Asesor de Medicamentos, así como la preselección de los principios activos con mayor incidencia económica, se articuló un “pseudomercado”. El concurso para las compras centralizadas se orientó a seleccionar a los proveedores de forma individualizada para cada especialidad farmacéutica, contemplando simultáneamente dos aspectos: valoración de la calidad (entre otros, requisitos de acondicionamiento en dosis unitarias, estudios de biodisponibilidad en su caso y licitación de todas las presentaciones) y valoración monetaria. Los resultados obtenidos con esta medida (para la adquisición centralizada de cinco principios activos en el año 1998) muestran un ahorro monetario importante, junto con la garantía de que las especialidades adquiridas cumplieran diversos requisitos de calidad²⁷. Éste es un ejemplo de cómo los hospitales de la red pública pueden explotar su poder de mercado consiguiendo la competencia entre los licitadores y en definitiva una mayor eficiencia, contrarrestando al mismo tiempo la presión que los laboratorios ejercen sobre los prescriptores.

Fórmulas que combinan incentivos financieros y no financieros. La introducción en Francia de *Références Médicales Opposables* constituye un ejemplo de combinación de incentivos financieros y no financieros: consenso de guías de práctica (en realidad, se trata de un conjunto de recomendaciones consensuadas por expertos y profesionales sobre lo que no conviene prescribir -tratamientos y exámenes complementarios- por su falta de utilidad o por su carácter peligroso) con incentivos económicos positivos y negativos (un incremento del 5 % en los honorarios de los médicos que se ajustan a las recomendaciones y la posibilidad de sanciones económicas para aquéllos que las ignoran en su práctica)²⁸. Este tipo de incentivos se encuadra en lo que los franceses reconocen como *maîtrise médicalisée*, que incorpora la formación continuada con carácter obligatorio para todos los médicos en ejercicio. Si bien la superación del gasto establecido como objetivo puede acarrear penalizaciones económicas compartidas por los médicos y la industria farmacéutica, resta por saber cómo este tipo de objetivos globales se asignan finalmente a cada médico individualmente .

En Irlanda, ya desde principios de los años 90, se vienen articulando incentivos económicos y no económicos a través de una fórmula que, a diferencia del dispositivo francés, carece de carácter coercitivo. Se trata del uso de *Indicative Drugs Targets*, orientados a los médicos generales y fruto de un acuerdo alcanzado entre sus representantes y el Ministerio de Sanidad en 1991, en un intento de racionalizar la prescripción. En este contexto, mientras se preserva el derecho a no seguir los objetivos

fijados, se incentiva su cumplimiento permitiendo reinvertir los ahorros obtenidos²⁹. A modo de resumen, cabe resaltar que respecto a los incentivos a prescriptores se echa en falta, en términos generales, la consideración de aspectos tan relevantes como su impacto en la salud, aspecto sí contemplado indirectamente en los incentivos no financieros y en fórmulas mixtas como las analizadas en último lugar. Parece que los incentivos financieros, por sí solos, carecen de efectividad como instrumentos de política farmacéutica. En todo caso los incentivos dirigidos a los prescriptores no deberían crear un conflicto de intereses entre sus honorarios y la calidad de la atención prestada a sus pacientes, siendo por lo tanto necesarios ajustes en estos términos. A su vez, no se puede obviar que los resultados de este tipo de mecanismos sobre la conducta de los médicos dependerán, entre otros factores, de la calidad de la información disponible sobre los aspectos tenidos en cuenta en su aplicación.

Por otra parte, cabe concluir que, si bien no es fácil conseguir cambios en las pautas de prescripción, sí existe un mínimo de evidencia que apunta hacia la efectividad de una estrategia coherente y sistemática que, combinando varias fórmulas simultáneamente, cuente con la participación de los profesionales y que, en definitiva se oriente a la racionalización de la prescripción en sentido pleno. Dado que aún es pronto para hablar de la efectividad de la fórmula francesa introducida recientemente, parece que, con independencia de la complementariedad con otro tipo de fórmulas, es recomendable la aplicación de una combinación de incentivos no financieros siguiendo el método descrito previamente.

III. Conclusiones

En este capítulo de incentivos a prescriptores confluyen varios puntos medios, todos ellos difíciles de encontrar. Un punto medio en cuanto a incentivos (si algo distingue a las organizaciones sanitarias es la conveniencia de suavizar la potencia de los incentivos para evitar que las consideraciones financieras cortocircuiten las consideraciones clínicas), otro referente al equilibrio entre consideraciones de política sanitaria y de política industrial, y un tercero relativo a las influencias respectivas de mercado, Estado y normas clínicas en las prescripción (combinación de incentivos financieros y no financieros).

Refiriéndonos a este último: de lo dicho en la primera sección se desprende la conveniencia de varias actuaciones:

1/ Promover un código de buenas prácticas para la promoción de medicamentos que aclare la relación entre industria y médicos con el ánimo de mejorar la calidad de la prescripción especialmente cuando empieza a existir evidencia del favorable impacto que la actuación basada en la evidencia científica puede tener en la adecuación de la prescripción³⁰.

2/ Declarar los conflictos de interés. No resulta infrecuente hallarse ante conflictos de intereses entre bienestar individual y bienestar social, que no necesariamente suponen fraude ni mala praxis, pero que conviene hacer públicos -explicitando fuentes de financiación por ejemplo- para que los usuarios de la investigación puedan juzgar por sí mismos su importancia.

3/ Vigilar el grado de dependencia de la Medicina respecto a la industria farmacéutica combinando lo mejor de la intervención pública con lo mejor de los mecanismos del mercado.

En la prescripción, como en el resto de la gestión clínica, se trata de dotar a los médicos -decisiones clave del sistema sanitario- con los incentivos, información e infraestructura precisa para efectuar las decisiones clínicas de una forma coste-efectiva. Cuando se pueda, una adecuada selección de personal -centrada no sólo en aptitudes sino también en actitudes- puede compensar la debilidad de los incentivos característica del sector sanitario. Este enfoque de la selección como solución organizativa alternativa a los incentivos tiene particular relieve en el sector público necesitado de una ética profesional y de servicio público.

En cuanto a los incentivos parece conveniente combinar los financieros con los no financieros.

Entre los incentivos no financieros hay que tener en cuenta: facilidades para la formación y la investigación, mejoras en el lugar y las condiciones de trabajo, promoción y desarrollo de la carrera profesional, estabilidad laboral, sentimiento de afiliación, movilidad geográfica voluntaria, etc. La participación de los trabajadores en las cuestiones de la empresa y la autonomía en el trabajo poseen un alto índice motivador, contribuyendo a fomentar los sentimientos de realización y logro. En la Atención Primaria una mayor autonomía de gestión, conseguida a través de una mayor descentralización, se ha mostrado como un elemento altamente motivador³¹.

Varias razones avalan la necesidad del incentivo individual³² en la prescripción (independencia profesional, variabilidad en estilos de práctica, interiorización del coste de oportunidad...) pero en la medida que, por una parte, en sanidad se dan condiciones técnicas de trabajo en equipo, y que, por otra parte, el input prescripción tiene bastante sustituibilidad con otros inputs del proceso asistencial, los presupuestos para prescripción deben incluirse en presupuestos globales. Y todo ello con la prudencia que se desprende de lo comentado en la sección II en cuanto al fundamento en necesidad, independiente de oferta, de los presupuestos, de las limitaciones que aconsejan un uso inicialmente indicativo, y de la necesaria regulación -en cuanto a límite y destinos- de los excedentes presupuestarios.

Referencias bibliográficas

- ¹ Meneu R. Los costes de las actuaciones sanitarias inadecuadas. *FMC* 2000; 7:378-385.
- ² Martín J, López MP. Incentivos e Instituciones Sanitarias Públicas. Documentos Técnicos EASP nº 5. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1994.
- ³ Gérvas J, Pérez M. Farmacoeconomía y medicina general. En J Sacristán, X Badía, J Rovira, editores: *Farmacoeconomía: Evaluación Económica de Medicamentos*. Madrid: Editores Médicos, 1995: 185-202.
- ⁴ Macho I. Incentivos en los servicios sanitarios. En P Ibern, editor: *Incentivos y contratos en los servicios de salud*. Barcelona: Springer-Verlag, 1999: 19-47.
- ⁵ North D. *Institutions, institutional change and economic performance*. Cambridge University Press, 1990.
- ⁶ Ortún V, Del Llano J. Estado y mercado en Sanidad. En: Del Llano J, Ortún V, Martín Moreno JM, Millán J, y Gené J, eds. *Gestión Sanitaria: Innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson, 1998: 3-16.
- ⁷ J Rey, coordinador. *El futuro de la Sanidad española. Un proyecto de reforma*. Madrid: Fundación Alternativas, 2000: 107-108.
- ⁸ Villanueva P, Peiró S, Pereiro I. Evaluación de la veracidad de la publicidad sobre hipolipemiantes y antihipertensivos apoyada en citas bibliográficas de ensayos clínicos. Comunicación presentada en las XX Jornadas de Economía de la Salud. *Gac Sanit* 2000; 14(Supl 1):30.
- ⁹ Ausió J. Prescripción farmacéutica y médicos de familia. *Aten Primaria* 1998; 22:545-546.
- ¹⁰ Wazana A. Physicians and the Pharmaceutical Industry. Is a gift ever just a gift? *JAMA* 2000; 283: 373-380.
- ¹¹ Antúnez F. Análisis del gasto farmacéutico en la provincia de Granada. *Hacienda Pública Española* 1999; 149 (2): 3-20.
- ¹² Castellón E. Sobre listas negativas. *El País* 23 de febrero de 1998, p 28.
- ¹³ Glennerster H, Matsaganis M. The English and Swedish health care reforms. *International Journal of Health Services* 1994; 24: 231-251.
- ¹⁴ Smith PC. Setting budgets for general practice in the new NHS. *BMJ* 1999; 318: 776-9.
- ¹⁵ Roberts SJ, Harris CM. Age, sex, and temporary resident originated prescribing units: new weightings for analysing prescribing of general practices in England. *BMJ* 1993; 307: 485-488.
- ¹⁶ Rice N, Dixon P, Lloyd D, Roberts D. Derivation of a needs based capitation formula for allocating prescribing budgets to health authorities and primary care groups in England: regression analysis. *BMJ* 2000; 320: 284-8.
- ¹⁷ Majeed A. New formula for GP prescribing budgets. *BMJ* 2000; 320: 266.
- ¹⁸ Schmeinck W. Overview of the German health insurance system. En Mossialos E (ed): *Cost containment, pricing and financing of pharmaceuticals in the European Community: the policy makers' view*. Londres: London School of Economics y Pharmetrica, 1994, p 161-166.
- ¹⁹ Gómez ME, Ruiz JA, Martínez J. Políticas de uso racional del medicamento en Europa. *Administración Sanitaria* 1999; 3: 93-107.
- ²⁰ McGavock H. Strategies to improve the cost effectiveness of general practitioner prescribing. An international perspective. *Pharmacoeconomics* 1997; 12: 307-311.
- ²¹ Rafferty T, Wilson-Davis K, McGavock H. How has fundholding in Northern Ireland affected prescribing patterns? *BMJ* 1997; 315: 166-170.
- ²² Majeed A, Head S. Setting prescribing budgets in general practice. *BMJ* 1998; 316: 748-753.
- ²³ Gérvas J, Pérez M. Farmacoeconomía y medicina general. En Sacristán J, Badía X, Rovira J (eds): *Farmacoeconomía: evaluación económica de medicamentos*. Madrid: Editores Médicos, 1995, p 185-202.
- ²⁴ Chaix-Couturier C, Durand-Zaleski I, Jolly D, Durieux P. Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *International Journal for Quality in Health Care* 2000; 12: 133-142.
- ²⁵ Soumerai S, McLaughlin T, Avorn J. Improving drug prescribing in primary care: a critical analysis of the experimental literature. *The Milbank Quarterly* 1989; 67: 268-317.
- ²⁶ Bartels-Petersen J. Pharmaceutical consumption in a low consuming country: the case of Denmark. En Mossialos E (de): *Cost containment, pricing and financing of pharmaceuticals in the European Community: The policy-makers' view*. Londres: London School of Economics y Pharmetrica, 1994, p 173-181.
- ²⁷ Trillo JL, García JL, Pablo D. Creación de pseudocompetencia en el sector farmacéutico hospitalario: aplicación de un procedimiento de adquisición centralizada de medicamentos en el ámbito de la Comunidad Valenciana. En G López y J Callau (eds): *Necesidad sanitaria, demanda y utilización*. XIX Jornadas de Economía de la Salud. Barcelona: Asociación de Economía de la Salud, p 411-426.

²⁸ Segouin C, Doussaud M, Bertrand D. La réforme du système français de soins et de son financement. *Epístula Alass* 1998; n° 26: 14-17.

²⁹ O'Donoghue N. Pricing and reimbursement of medicines: the Irish experience. En Mossialos E (ed): *Cost containment, pricing and financing of pharmaceuticals in the European Community: the policy-makers' view*. Londres: London School of Economics y Pharmetrica, 1994, p 281-301.

³⁰ Bernal-Delgado E, Galeote-Mayor M, Pradas-Arnal F, Ceresuela-López A. Atención sanitaria basada en la evidencia: primeros argumentos empíricos en nuestro entorno. Mimeo, 2000.

³¹ Tamborero G, Pomar JM, Pareja A, Fuster J. Descentralización de la gestión y motivación profesional. *Cuadernos de Gestión* 1996; 2: 177.

³² Cunillera R. La incentivación económica de los profesionales en atención primaria. *Cuadernos de Gestión* 1998; 4: 157-165.