

**RED ESPAÑOLA DE
ATENCIÓN PRIMARIA**Apartado de Correos 207 - Suc. 2
28800 Alcalá de Henares (Madrid)

REAP (1987 - 1997) 10 años

SUMARIO**Resumen de las Ponencias de las 2ª Jornadas Científicas de la REAP**

Incentivos a profesionales sanitarios
 Contrato programa de atención primaria
 Sistemas retributivos en medicina general
 La receta médica

ES QUE ES NAVIDAD

El revisor me despertó en las afueras de Madrid. Me aseo y me fui preparando para aparme del tren. Cogí un taxi en Chamartín que me llevó a la Facultad de Medicina de la Complutense. Allí estabais casi todos. Un nutrido grupo de profesionales sanitarios que formabais la Red. Era el mes de Junio de 1990. Tres años antes habíais tenido la genial idea de constituir el grupo y ahora acabais de cumplir diez años. ¡Felicidades!

Hace poco celebrabais las segundas Jornadas de la Red en Bilbao. Y ya os estais preparando para las del año que viene en Barcelona: "Actividades Preventivas en Atención Primaria".

El otro día os volví a ver en Madrid. En el incomparable marco de la Real Academia de Farmacia. Vi cómo os codeabais

con todos los "popes" de la profesión. Me tuve que pellizcar varias veces para asimilar el hecho de que estuviérais al mismo nivel que personalidades de reconocido prestigio a nivel mundial. Mientras estaba allí sentado pensé que si no existierais, amigos de la Red, habría que inventaros.

Cuando salí de la Academia, pensé que no es malo que algunos niños les pidan a los Reyes Magos el libro blanco de Petete. Otros seguro que les pedís investigación, formación continuada e incluso un proyecto de Pharmaceutical Care. Quizá este año, os lleguen a vosotros los Reyes desde Florida. Es que es Navidad.

Un farmacéutico de Bizkaia.

Col. N° 1456.



INCENTIVOS A PROFESIONALES SANITARIOS

El concepto de incentivos no debe emplearse en un sentido restringido, identificándolo exclusivamente como la vinculación de una cierta renta monetaria con la obtención de determinados resultados. En términos amplios, incentivo es un concepto similar al de motivación: "que mueve o excita a hacer una cosa" (Diccionario de la Real Academia Española).

Desde esta perspectiva, en cualquier organización y también en las organizaciones sanitarias, pueden identificarse tres grandes tipos motivadores o incentivos:

- * Reglas, normas y jerarquías.
- * Valores, cultura y filosofía corporativa.
- * Incentivos económicos.

En general, la eficiencia y excelencia organizativa viene determinada por el grado de coherencia e integración de estos tres tipos de incentivos o motivadores.

El marco de regulación institucional actual de los centros sanitarios, tanto hospitales como centros de atención primaria, conformados como grandes y centralizadas burocracias públicas, genera fuertes incentivos a un comportamiento ineficiente de los profesionales sanitarios, siendo difícil armonizar los intereses de éstos con los de la organización, fin último al que debe responder cualquier arquitectura de incentivos.

Los profesionales sanitarios en las organizaciones sanitarias públicas actuales, se ubican en un nicho cuasi-funcionario donde los comportamientos excelentes o eficientes se dan a pesar o en contra de la arquitectura de (des)incentivos generada por la organización. Lo más fácil resulta, por tanto, seguir el dictado de Mark Twain en las aventuras de Huckleberry Finn: "y entonces dije: ¿de qué sirve aprender a hacerlo bien, si hacerlo bien es pesado y no hay problemas por hacerlo mal y, además la paga es la misma?".

La principal estrategia de reforma articulada para romper esta estructura burocrática de oferta ha sido la creación de empresas públicas sanitarias y más recientemente de Entes de Base Asociativa (Cooperativas, Sociedades de Responsabilidad Limitada, etc. ...) que permiten una articulación más eficiente de los incentivos o motivadores ya mencionados.

Potencialmente la ruptura de la integración vertical burocrática de la oferta sanitaria pública abre amplios espacios a la conformación de estructuras de incentivos propiciadoras de una mayor eficiencia:

- cultura y valores corporativos específicos de cada organización,
- orientación hacia la calidad y la medicina basada en la evidencia,
- convenios colectivos específicos,
- estructuras retributivas con fuertes componentes variables asociados a resultados,
- etc.

Sin embargo, la cuestión crítica y aún no abordada por las autoridades políticas, es el tipo de regulación al que deben someterse estas nuevas formas organizativas y jurídicas de forma que el traslado de riesgos sea creíble y propiciador de una articulación de incentivos eficiente, en el seno de cada organización sanitaria con personalidad jurídica propia.

El problema es similar (aunque no es el objeto de esta ponencia) al de cuál puede ser la regulación óptima de las actuales oficinas de farmacia, y cuál debería ser el contrato de incentivos óptimo entre éstas y el regulador público.

En el ámbito específico de la retribución como elemento incentivador, la literatura de economía de la salud se ha centrado en el pago a los médicos, caracterizando las ventajas e inconvenientes de los tres tipos puros de retribución de los mismos, pago por acto, per cápita y por salario, que resumimos a continuación:

En el sistema retributivo por acto, el médico recibe una cantidad por cada servicio realizado al paciente. En el sistema de retribuciones per cápita, se recibe una cantidad por paciente asignado. En el sistema de retribuciones salarial, el médico recibe una cantidad fija por prestar sus servicios durante un período de tiempo determinado.

La evidencia empírica señala que con un sistema de retribuciones por acto resultan numerosos efectos no deseados, especialmente la aparición e importancia de diversas formas de demanda inducida: incremento de actividad y adopción de las técnicas médicas más efectivas sin tener en cuenta el coste, sin estimular el abandono de técnicas obsoletas. Por todo ello es inflacionario en términos tanto de coste por unidad como del volumen de asistencia.

En la medida en que exista posibilidad de elección del médico por parte del paciente y ésta implique cambios en los flujos financieros (el dinero sigue al paciente), el médico tenderá a atender los deseos de sus pacientes, a estar más tiempo con ellos y a trabajar más horas. Si no hay libre elección de médico, entonces el efecto es el contrario. Otro efecto del sistema de retribuciones por acto es la selección de las actividades más rentables.



El retribuir por acto determinadas actividades de los médicos tiene la ventaja para el principal de orientar muy específicamente determinados comportamientos y actuaciones. Este puede ser quizás el motivo fundamental que está detrás de las propuestas de pago por acto cada vez más diversificadas para los médicos de familia en Dinamarca, Países Bajos y el Reino Unido.

La evidencia empírica indica que el médico dedicará su tiempo a la actividad con mayor rendimiento marginal. En este sentido, este tipo de pagos exige sistemas de control complejos y sofisticados, es decir, suele implicar altos costes de transacción en su relación contractual. Por ejemplo varios países han establecido límites globales a la cantidad a percibir, para así compensar el efecto inflacionario del pago por acto (Alemania, Francia, Bélgica, etc.). En estos casos cuando el volumen de los tratamientos aumenta, el precio por unidad disminuye.

El pago por tipo de paciente (por GRD, PMC, etc.) es una variante del sistema de pago por acto, constituye un sistema de precios agregados, donde existe menos posibilidad de que los costes se incrementen por más procedimientos por caso, aunque puede darse el caso de dar de alta y readmitir pacientes por el mismo diagnóstico, para distorsionar el número de pacientes vistos.

El pago per cápita es un caso extremo de pago por acto en el que se paga un precio fijo por todos los servicios durante un período definido, pudiendo existir precios distintos por tipo de paciente.

Con pago per cápita, deben distinguirse los efectos según haya o no libre elección de médico: si no existe libre elección no existe posibilidad de ingresos adicionales por captación de pacientes, no existen ingresos por pruebas realizadas; algunos estudios han determinado que en el caso de seguro capitativo el número de hospitalizaciones es menor y se solicita un tercio menos de pruebas con la mitad de los costes que en pago por acto.

Si por el contrario existe libre elección de médico, éstos se preocupan por la calidad percibida, ya que es la forma de tener más pacientes y por tanto más retribuciones, se producen más derivaciones, recetas, análisis, etc. que suponen para el médico menor esfuerzo y mayor calidad.

Los sistemas retributivos salariales combinados con carreras profesionales y contratos laborales que proporcionan seguridad y estabilidad en el trabajo son características de los sistemas nacionales de salud como el del Reino Unido (al menos antes de la reforma), Suecia o España.

Sus características y efectos son relativamente conocidos: hacen posible el control del gasto de personal al menos a corto plazo, pero dificultan la orientación de la actividad profesional según los deseos del principal (autoridad política) o las preferencias de los pacientes. Los trabajadores sanitarios dedica-

rán su tiempo y esfuerzo a las actividades que les proporcionen mayor beneficio marginal, prestando menor o ninguna atención a aquellas actividades que no le generen valor añadido.

Dados los inconvenientes de cualquier tipo de retribución a los médicos, la práctica actual se orienta a la búsqueda de fórmulas mixtas. Newhouse, (1992) sugiere la incorporación de mecanismos de cada uno de los tipos de pago en los restantes. La mayoría de los sistemas de pago diseñados en los últimos años se orientan, por tanto, en este sentido (Holanda, EE.UU., los médicos generales tenedores de fondos en Inglaterra, Canadá, etc.). Los sistemas de retribuciones per cápita suelen introducir ajustes (por edad, por sexo o por estado de salud) para evitar la selección adversa de pacientes.

Delnoij (1994) argumenta que el sistema óptimo de pago a médicos de primaria podría ser mixto, per cápita y pagos para los procedimientos que tengan suficiente fundamento científico de estándares sobre cuando y cómo realizarlos y no los deriven ya los médicos de forma mayoritaria.

El problema básico del diseño de contratos retributivos mixtos es determinar la estructura de precios o composición retributiva óptima, sin que exista actualmente una solución que pueda considerarse ideal.

Las proporciones más favorables de las diferentes bases de pago que define la literatura están basados en asunciones sobre cantidades no observables; Newhouse sugiere el método de ensayo y error, moverse en un sistema puro a uno mixto y si los resultados son mejores continuar en esa línea. La base de pago va desde la más agregada (per cápita) hasta, por ejemplo, el sistema americano que ha definido precios de forma separada para cientos de servicios.

En el ámbito específico de diseño de incentivos económicos a profesionales sanitarios, tanto la teoría como las experiencias más innovadoras se orientan a sistemas de incentivos multinivel. En este sentido, recientes investigaciones en el campo de la teoría económica de incentivos han desarrollado un conjunto de principios de diseño a modo de carta de navegación que se enuncian a continuación y que permiten orientar la toma de decisiones al respecto:

- a) Principio de información.
- b) Principio de intensidad del incentivo.
- c) Principio de intensidad de la vigilancia.
- d) Principio de la igualdad de las compensaciones.
- e) Control de los efectos intertemporales.
- f) Fijación de objetivos y estándares.
- g) Compromiso y reputación.
- h) Principio de la existencia de incentivos negativos o amenazas y sanciones creíbles.
- i) Amenazas y sanciones creíbles.

José Jesús Martín Martín
Coordinador Área de Gestión Sanitaria
y Políticas de Salud
Escuela Andaluza de Salud Pública

CONTRATO PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA

1.- ANTECEDENTES Y PERSPECTIVA

Las diferentes reformas emprendidas por varios países de nuestro entorno en respuesta a las ineficiencias y rigideces del sector público en dar solución a la problemática del ámbito sanitario (envejecimiento de la población, desarrollo tecnológico, aumento de las expectativas de los ciudadanos) y como consecuencia de ello el imparable incremento de los costes de los servicios de salud, se han basado en la introducción de iniciativas propias del sector privado en la organización y gestión de los servicios sanitarios. Entre estas iniciativas se encuentran:

- Separación de las funciones de financiación y provisión de servicios sanitarios públicos.
- Reforzamiento del papel del usuario de los servicios sanitarios.
- Acercamiento de las posturas clínica y de gestión.
- Progresiva descentralización administrativa y autogestión de los Centros de Atención Primaria y Hospitales.
- Desarrollo de un mercado interno de competencia regulada con la introducción en el mismo de múltiples proveedores con el máximo grado de autonomía posible (evitar el monopolio de venta).
- Introducción de la función de contratación-compra de servicios con varias modalidades:
 - El modelo de las Agencias Territoriales de Compra que realizan la función de contratación de servicios para grandes grupos de población.
 - El modelo de "mercados internos" de Enthoven, del que surgió la reforma británica concretada en el "White Paper" con la aparición de los "G.P. Fund Holders".
 - El modelo de competencia pública de Saltman que sirvió de base para la reforma sanitaria sueca y que daba al paciente una gran libertad de elección de médico y hospital.
- Introducción de los contratos como procedimiento de relación entre el financiador y el proveedor del servicio.
 - Concierto (Centros Privados).
 - Contrato-Programa (Centros Públicos).

2.- OBJETIVOS DEL CONTRATO-PROGRAMA

- Ser el instrumento básico de relación entre el financiador y el proveedor público.
- Orientar los recursos y servicios hacia los objetivos que determina el plan de salud.
- Incentivar la calidad de los servicios en sus distintas vertientes.
 - * la calidad científico-técnica.
 - * efectividad del resultado en términos de nivel de salud.
 - * eficiencia.
 - * continuidad de la atención y coordinación con la aten-

ción especializada.

- * accesibilidad y equidad.
- * satisfacción del usuario.
- * motivación de los profesionales y acercamiento de las culturas clínica y de gestión.
- Vincular la financiación de los Centros con los pacientes atendidos y la población cubierta.
- Mejorar los sistemas de información y el conocimiento de la cantidad y calidad de los servicios y el coste de los mismos.
- Fomentar la competitividad entre los Centros de Atención Primaria (Incentivos y penalizaciones).
- Controlar el gasto tanto en Atención Primaria como el derivado a la Atención Especializada.

3.- CONTENIDO DE LOS CONTRATOS-PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA EN LA C.A.E. 1997

Análisis y ejemplos de los Contratos-Programa firmados con las Comarcas Sanitarias de Osakidetza en 1997 con arreglo al siguiente esquema:

- Cobertura y cartera de servicios.
- Actividad y demanda derivada.
- Compromisos de Calidad.
- Compromisos del Plan de Salud.
- Compromisos en la prescripción farmacéutica y de gasto farmacéutico global.
- Pacto de servicios y calidad.
- Financiación.

4.- LIMITACIONES DE LOS CONTRATOS-PROGRAMA

- Marco jurídico y organizativo del sistema sanitario público.
 - Rigidez institucional.
 - Jerarquización.
 - Falta de flexibilidad en la organización interna y externa.
- Asimetría de la información entre el comprador y el proveedor.
- Déficit de información clínica y epidemiológica en Atención Primaria.
- Situación de dependencia mutua entre comprador y proveedor y de subordinación de éste frente a aquel.
- Falta de una delimitación clara de las funciones de financiación y provisión de servicios.
- Ausencia de riesgo dentro de un sistema altamente controlado y de responsabilidad limitada y muy diluida, tanto por

parte de las Agencias de Contratación como por las Comarcas de Atención Primaria.

- Dificultad para involucrar a los clínicos en los objetivos recogidos en los contratos.
- Efecto de penalización del provisor más eficiente en las estrategias de incentivos por mejoras.

5.- UTILIDAD Y FUTURO DE LOS CONTRATOS-PROGRAMA

- Clarificación de las funciones de contratación y de provisión de servicios, haciendo la relación entre unos y otros más transparente.
- Establecimiento de una cultura más empresarial con la determinación de objetivos y metas que posteriormente se evalúan.
- Desarrollo de los sistemas de información clínica y económica.
- Introducción de una cultura de negociación que lleva ligada la asunción de responsabilidades y un cierto nivel de riesgo.
- Asunción paulatina de criterios relacionados con la actividad, la calidad, el cumplimiento de objetivos, la realización de determinado tipo de servicios para la financiación de las comarcas, en contra del tradicional sistema de incremento respecto al presupuesto anterior.
- Orientación explícita de actividades relacionadas con los objetivos del Plan de Salud.
- Fomento de la competitividad entre los diferentes Centros de Salud de las Comarcas por aumentar la oferta de servicios y mejorar la calidad de los mismos.

Arturo López Ruiz

Jefe de Contratación de Servicios Sanitarios del Dpto. Sanidad Gobierno Vasco

LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y LAS ADMINISTRACIONES ANTE LAS DISTINTAS MODALIDADES DE CONTRATACION

El sector Sanitario en general, profesionales y administración, vienen arrastrando desde hace tiempo, la idea de nuevas fórmulas de remuneración, que permita cuadrar mejor la relación Salario-Fuerza de trabajo, habida cuenta que la "Homogeneidad Salarial" evita conflictos pero disturba la motivación profesional garantizando sólo mínimos, dejando el resto de las consideraciones profesionales sin identificación. Además, estando hoy como está el Sistema Sanitario inmerso en nuevas fórmulas de posicionamiento y gestión empresarial, se hace mucho más pertinente este debate por su relación con la eficiencia en la gestión.

Centrándonos en la Atención Primaria, las fórmulas sobre las que puede plantearse el debate, van desde la estructuración de la "carrera profesional" (diferentes niveles de salarios, en función de la acreditación de conocimientos profesionales y

experiencia), salario en relación a programas y actividades tanto de centros como individuales, hasta la de la liberalización parcial o total del salario; Parcial, con un nivel igual para todos y el resto según su participación en la venta de Servicios, para lo cual, se hace necesario que el centro obtenga financiación directa en función de su Servicio. La liberalización total estaría en la línea anterior, pero con una distribución de los ingresos decidida totalmente por el centro.

En todo caso lo que se hace necesario es la definición del modelo de gestión sanitaria y en esa definición encajar el Sistema de remuneración que permita alcanzar sus objetivos tanto a los profesionales como a la administración.

Carmen Rodríguez Rodríguez

Coordinadora de enfermería Area de Bizkaia. Osakidetza

SISTEMAS RETRIBUTIVOS EN MEDICINA GENERAL

La remuneración del trabajo tiene un doble significado: compensar el esfuerzo realizado y ser un estímulo para seguir realizándolo. Pero además, el hecho de tener un trabajo remunerado es beneficioso para el estado de salud percibido.

Remuneración básica

No existe un método perfecto de remuneración a los médicos generales/de familia, todos presentan ventajas e inconvenientes. No obstante, los sistemas públicos de sanidad europeos se agrupan en tres modelos de pago: por acto, por capitación y por salario.

- A) *por acto*: el paciente paga con dinero (o un cheque) al médico general por cada visita según una lista de servicios remunerados; y al paciente se le devuelve todo o parte (copago) por el sistema público.
- B) *por capitación*: el médico general tiene asignada una población (entre 1.500 a 3.000 pacientes) por la que cobra, independientemente de que le visiten o no.
- C) *por salario*: el médico general cobra por días de trabajo realizado, cumpliendo un horario; como en el sistema anterior, el paciente no desembolsa dinero o talones al médico.

Estos modelos están instaurados en los siguientes países:

A) *por acto*:

- reembolso (pago con dinero): Andorra, Bélgica, Francia, Luxemburgo.
- contrato (no pago metálico): Alemania, Austria, República Checa.

B) *por capitación*:

- con niveles de afiliación por clases sociales: Dinamarca, Holanda, Irlanda.
- sin niveles: Italia, Reino Unido.

C) *por salario*:

- centro de salud: España, Finlandia, Islandia, Portugal, Suecia.
- policlínico (trabajan juntos médicos generales y especialistas): Albania, Bulgaria, Croacia, Eslovaquia, Eslovenia, Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, Polonia, Rumanía, Rusia, Ucrania.

Aunque no sabemos bien cual es el impacto de la forma de pago sobre la actividad clínica del médico general ni sobre la salud de la población, se asocia la forma de remuneración básica, al menos, a las estructuras organizativas básicas de la medicina general en cada país europeo.

Características estructurales de la medicina general según el modelo retributivo:

- A) *por acto*: el médico suele trabajar en solitario, sin personal auxiliar sanitario salvo una secretaria (generalmente

la esposa). La consulta suele ser propia, con alta tecnología y gran endeudamiento. No se impone límite al número de médicos en ejercicio por zonas. No filtran (*gatekeeper*) los pacientes a los especialistas.

- B) *por capitación*: trabajan en grupos reducidos de 4 a 6 médicos elegidos entre sí; seleccionan al personal auxiliar (enfermeras, recepcionistas, etc.). El edificio y los medios de producción son de su propiedad. El número de médicos se delimita por zonas. Filtran los pacientes a los especialistas.
- C) *por salario*: trabajan en equipos no elegidos entre sí, y sin competencia interprofesional; tampoco escogen al personal auxiliar sanitario o administrativo. El edificio y los medios de producción no son de su propiedad. Se limita el número de médicos generales por zonas y suelen convivir con médicos especialistas, a los que según cada país hacen de filtro o no.

Problemas más frecuentes según el modelo retributivo:

- A) *por acto*: lista de servicios pagados sin fundamento científico, facturas falsas, baja calidad de los servicios ofrecidos, falta de actividades preventivas, falta de formación continuada, nomadismo de los pacientes, alta tecnología innecesaria, marginación a los pacientes sin recursos, mala distribución geográfica de los médicos, y selección de los pacientes.
- B) *por capitación*: selección de los pacientes, limitar el número máximo de población asignada, exceso de derivación a los especialistas, falta de actividades preventivas, ofrecer servicios de calidad y no ser complacientes



o estrictos en exceso, responsabilidad sobre los pacientes no usuarios, y asegurar un número suficiente de personal auxiliar.

- C) *por salario*: cumplir el horario, fomentar la accesibilidad de los pacientes, no transferir trabajo a los especialistas, mantener la carga de trabajo, potenciar la prevención, ofrecer servicios correctos y a toda la población, incluida la no usuaria, no seleccionar a los pacientes, y estimular un trabajo de mayor calidad.

Incentivos

La década de los noventa está siendo fructífera en alternativas de remuneración al médico general, siendo frecuente la coexistencia de varias formas de pago. En general, se proponen fórmulas con un mayor grado de implicación de los profesionales sanitarios, determinando la empresa financiadora objetivos definidos y ligando el pago a su cumplimiento.

Los incentivos deberían unirse a los siguientes objetivos generales:

- promocionar al médico general como primera fuente de cuidados sanitarios
- fomentar la continuidad y longitudinalidad (personal y familiar) de la atención sanitaria
- mantener los conocimientos y habilidades de los profesionales
- mejorar el papel del médico general como asesor del paciente.

Los campos donde pueden aplicarse los incentivos afectan a todas las habilidades propias de los médicos generales: clínica, formación, gestión, e investigación. Los incentivos pueden ser de tipo profesional, condiciones de trabajo, prestigio social y valores éticos, y pueden tener repercusión económica o no.

Ejemplos de incentivos:

- cobrar por días: formación continuada, docencia, año sabático.

- cobro por acto: vacunaciones, avisos a domicilio, control de los no usuarios, publicaciones científicas, conferencias, auditorías.
- cobro de cantidades fijas por población atendida: gestantes, niños, terminales, inmovilizados en su domicilio.
- cobro por presupuestos globales cerrados: medicamentos, derivaciones, pruebas diagnósticas.
- cobro por módulos: años de estabilidad en el puesto de trabajo, categoría profesional (carrera profesional), ampliaciones de horario de trabajo (guardias, nocturnidad)
- cobro por objetivos: estabilidad en la población asignada, actividades conjuntas con especialistas, historias clínicas actualizadas, utilización de genéricos.

Referencias Bibliográficas

- * Gervas J, López Miras A, Pastor Sánchez R. Atención primaria en Europa. Aten Primaria 1993; 12:294-300.
- * Gervas J. Modelos retributivos en Europa. El Médico 1994; (524):70-72.
- * Gervas J. As diversas formas de pagamento do Médico de Clínica Geral e a sua repercussão na prática clínica. Rev Port Clin Geral 1996; 13:130-140.
- * Gervas J, Ortún V. Propuestas de incentivos para una medicina general por cuenta ajena. Gac Sanit 1996; 10:34-39.
- * Gervas J, Pastor Sánchez R, López Miras A, Pérez Fernández M. La organización y la práctica de la medicina general/de familia en Europa. Revisiones en Salud Pública 1997; 5:33-48.

Raimundo Pastor-Sánchez

Equipo CESCA.

**Consultorio San Francisco de Paula,
Area IV -INSALUD- Madrid.**

LA RECETA MEDICA

(Desde el punto de vista de los consumidores)

Ponemos sobre la mesa la cuestión de "la receta médica", en estos momentos en los que se va a acometer la reforma de la actual prestación farmacéutica, a través de una serie de medidas, que van desde la aplicación de una tasa que grave las ventas, al establecimiento de precios de referencia para los medicamentos, por encima de los cuales el usuario pagaría la diferencia.

No parece que el modelo actual, desde el punto de vista del usuario, tenga mayores inconvenientes. Contiene una copia, que debería quedar en su poder, donde debería figurar la suficiente información en cuanto a diagnóstico y posología.

En este punto en el que desde todos los ámbitos implicados se trata de mejorar la calidad de prescripción de medicamentos, parece necesario algún tipo de modificación sobre el modelo actual.

Desde la Unión de Consumidores vemos como factible, que a través del uso generalizado de la Tarjeta Individual Sanitaria informatizada, se facilite la labor a los profesionales y que de alguna forma contenga un listado que excluya directamente de financiación por el sistema sanitario a aquellos medicamentos que no supongan un avance terapéutico, y que puedan ser sustituidos por otros fármacos de igual valor curativo y más baratos.

Pero mientras llega esta reforma, creemos que la falta de información del consumidor es la asignatura pendiente más grave de un sistema que debe ser reformado para que no sean la industria farmacéutica, los médicos y los farmacéuticos los principales beneficiados del aumento del gasto y se le cuelgue el "San Benito" del derroche a los consumidores, víctimas del sistema, aunque sin olvidar, que satisfechas.

Ana Collia

Representante de la Unión de Consumidores (U.C.E.)

LOS FARMACEUTICOS ANTE LAS DISTINTAS MODALIDADES DE REMUNERACION

En el reciente libro de Editorial Civitas: "LA REGULACION DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN ESPAÑA", afirma R. Gisbert que los farmacéuticos españoles de mi década hemos podido experimentar otra forma de remuneración diferente al MARGEN FIJO SOBRE PVP, o sistema de remuneración correspondiente al establecimiento de una base de retribución **por volumen de ventas**, también llamado margen comercial. Dicha afirmación se refiere a la forma de pago correspondiente a la **elaboración** de medicamentos, que sería ejemplo de una base de retribución **"por servicio activo"**, con tipificación de diferentes servicios, según dificultad de la preparación y la **remuneración de los farmacéuticos titulares** que sería un caso claro de "asignación", dentro de una base de retribución **por servicio pasivo**.

Yo tengo que reconocer que, en los 32 años que llevo de titular de una farmacia en España, no había caído en la cuenta de semejante pluralidad de modos de remuneración: tal es el peso de la principal vía de entrada del dinero percibido por el ejercicio profesional. Sin embargo, esos ejemplos nos pueden llevar más fácilmente a entender las diferencias entre las "variantes de retribución a las O.F." según el cuadro de la misma publicación que nos puede evitar consideraciones previas. (fig. 1)

Lo que quiero afirmar es que cualquier intervención sobre este tema en el momento actual y en nuestro país, a diferencia de los otros profesionales de la REAP que nos acompañan, es pura elucubración teórica, puesto que NUNCA hemos sido pagados de otro modo que no sea similar al de nuestros vecinos, los comerciantes del barrio; y sin embargo hace muchos años que en nuestro grupo defendemos el cambio en el modo de remunerar el servicio sanitario que prestamos.

¿Qué es lo que nos empuja a buscar otro modo de ser remunerados? ¿Ganamos poco? ¿No es equitativo el reparto dentro del sector? ¿Qué ocurre fuera de nuestro país? ¿Para qué cambiar? ¿Es posible el cambio?

Mis respuestas a estas preguntas son las siguientes:

- 1) El margen comercial sobre el valor del producto dispensado es una mala manera de pagar un servicio sanitario que, además del producto en juego, oferta un plus de conocimientos técnicos mediante los cuales tomará decisiones en favor del cliente asistido (en eso consiste cualquier actuación profesional). A mayor peso de la intervención farmacéutica, como acto de toma de

decisión para resolver problemas individuales de cada persona atendida, menos consecuentemente resulta cobrar en función del valor del producto en uso; muchas veces el producto no se usará o se cambiará o se modificará.

- 2) La cuantía de la remuneración farmacéutica global no ha sido el principal motor de las peticiones de cambio.
- 3) El reparto de la remuneración global del sector, se distribuye de forma no equitativa entre los profesionales afectados.
- 4) Las formas de pago más comunes en el mundo occidental han sido por servicio activo (por receta, por medicamento, por no dispensar), siendo más excepcional el pago por servicio pasivo (capitación, asignación).
- 5) Los actuales cambios en la organización de los servicios sanitarios, la gestión global de las enfermedades, las leyes del mercado aplicadas a los Sistemas de Salud, han coincidido en el tiempo con el desarrollo del "Pharmaceutical Care" o Atención Farmacéutica; ello está obligando a tener que discutir simultáneamente el nuevo modelo de ejercicio profesional en las farmacias (o de los farmacéuticos) y el tipo de cambio en el modo de remunerar. Se ha constatado esta simultaneidad como uno de los principales inconvenientes en la implantación del nuevo modelo de práctica profesional. Está pesando mucho el lastre de un modo de remuneración del servicio, ligado al producto, que impide a los mismos farmacéuticos, a otros profesionales sanitarios e incluso al público en general entender la nueva forma de asistencia sanitaria que se pretende ofertar desde las farmacias.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- La regulación de los Servicios Sanitarios en España
Guillem López i Casanovas; Rodríguez Palenzuela Diego
Editorial Civitas. 1997. FEDEA
- 2.- Poirier S. and Gariépy Y.
Compensation in Canada for resolving Drug-related problems
Am.Pharm. 1996 NS36: 117-122
- 3.- Nau D.P., Ried L.D., and Lipowski E.
What makes patients think that their pharmacist's services are of value?
Am.Pharm. 1997 NS37: 91-98

Flor Alvarez de Toledo
Farmacéutica Comunitaria. Oviedo

(fig. 1)

Resumen de las variantes de retribución a las Oficinas de Farmacia

Base de retribución	Sistemas	Pago a la Oficina de Farmacia
Por volumen de ventas (margen comercial)	Margen sobre PVP <ul style="list-style-type: none"> • Fijo • Variable (regresivo) 	Precio de coste + % de margen «PVP»
Por servicio activo	Honorario de dispensación (por envase, medicamento, receta, acto) <ul style="list-style-type: none"> • Fijo general • Variable • Máximo/negociable • Por actos especiales Honorario por elaboración de preparados oficiales. Participación en el diferencial de coste con el "precio de referencia"	Precio de coste + honorario Por tarifa según dificultad y cantidad Porcentaje del ahorro obtenido
Por servicio pasivo	Capitación Asignación por Oficina de Farmacia <ul style="list-style-type: none"> • General (todas) • Limitada (algunas) 	Precio de coste + fijo/beneficiario Según sistema vigente + asignación

Gisbert Ramón: Análisis de modelos alternativos de retribución de las oficinas de farmacia. En "La Regulación de los Servicios Sanitarios en España". Editorial Civitas. 1997

LA RECETA MEDICA

(en el entorno de Atención Primaria Pública)

La receta médica oficial es la transcripción a un documento público, firmado por un médico autorizado, de una indicación clínica, generalmente farmacoterapéutica, vehiculada mayoritariamente a través de un nombre comercial, realizada a un paciente, para que la misma sea dispensada por el farmacéutico y financiada, si procede, por el sistema sanitario público.

El elemento sustancial incluido en la receta es la indicación clínica de una sustancia con capacidad terapéutica. Como elementos añadidos se encuentran los nombres comerciales de los fármacos recetados, y el circuito necesario para cumplimentar, dispensar y facturar dichas recetas.

El pasado año, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud imputó a sus 986 médicos generales de Atención Primaria unos 9.250.000 recetas que, considerando un tiempo medio de cumplimentación de cada una de ellas de 30 segundos, ocuparon un total de 77.000 horas de escritura.

En función de quién escribe esas recetas el coste de la escritura en pesetas supone unos 238 millones si las escriben los médicos, unos 161 millones si lo hacen las enfermeras y unos 115 millones si lo hacen los administrativos.

Un estudio practicado en el C.S. Zumaia entre los meses de Febrero a Mayo de este año mostraba que 3 de

cada 5 recetas son recetas repetidas (el 60%), por lo que su cumplimentación se convierte en un trámite.

Suponiendo que dicho trámite sea realizado por una máquina, en relación a la cumplimentación por el médico, se generaría un ahorro de 142 millones de pesetas o expresado de otra forma, se liberarían 46.000 horas de tiempo médico o lo que es lo mismo unos 395.000 huecos de consulta.

Por otra parte, el hecho de que un médico tenga que recetar productos y no sustancias activas, recordar presentaciones y formas farmacéuticas de cada marca y emitir un solo producto en cada receta, origina un problema asociado.

El profesional médico desearía poder decirle a un paciente: con las instrucciones que le adjunto, tenga vd. esta única receta que contiene los tratamientos que precisa, vaya hasta su farmacia y acuerde a su comodidad con su farmacéutico la mejor forma de cumplir el tratamiento indicado.

Dr. Fernando A. Alonso

Atención Primaria.

Osakidetza-Servicio Vasco de Salud



LA RECETA MEDICA

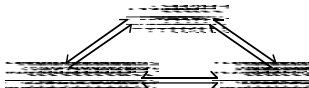
(Desde el punto de vista de la Farmacia Comunitaria)

1.- LA RECETA MEDICA DESDE UN PUNTO DE VISTA CONCEPTUAL

a) ¿Qué debe ser?

La receta debe ser un documento en el que tanto el médico como el farmacéutico reflejan por escrito una parte de su labor profesional. El médico prescribe y el farmacéutico dispensa. Como consecuencia de todo esto se da una comunicación médico-farmacéutico.

El paciente recibe la información de los dos y por lo tanto el hecho de la prescripción y de la dispensación dan lugar a una comunicación a tres bandas.



b) ¿Qué es?

A pesar de ser un buen modelo de receta, en ocasiones:

- se convierte en un simple vale, para que el paciente retire el medicamento en una farmacia.
- para la Administración se convierte en un documento que permite controlar el coste de la prescripción de sus médicos (que no la calidad).
- para el titular de la farmacia es un cheque al portador. A la hora de hacer efectivo el pago, tampoco a éste se le pide calidad.
- hoy en día no se contempla la posibilidad de pagar una receta sin haberla dispensado.

2.- LA RECETA MEDICA DESDE UN PUNTO DE VISTA FISICO

a) ¿Qué debe ser?

- ¿Podría parecerse algo al modelo de documento de interconsulta?

b) ¿Qué es?

- el diagnóstico va en la hoja de instrucciones. Esto ni es práctico ni respeta la confidencialidad.
- el epígrafe ADVERTENCIAS AL FARMACEUTICO es peyorativo.

3.- LA RECETA ACTUAL:

ASPECTOS PARA UN DEBATE

- El modelo actual permite que la receta la escriba personal no cualificado.
- La hoja de instrucciones al paciente debe ser atractiva. No debe ser una copia sino otro cuerpo distinto de la receta.
- Se deben eliminar cargas burocráticas para el farmacéutico.
- Deberíamos poder cambiar la filosofía de la receta, para no verla tanto como un cheque.
- Se debe informatizar la receta.

4.- SOLUCIONES

- A corto plazo: que la receta se cumplimente.
- A medio plazo: informatización de la receta y una banda magnética útil en la TIS.

5.- CONCLUSIONES

- a) Con este modelo de receta se hace trabajar al farmacéutico en labores que no son suyas; se le desaprovecha como profesional sanitario.
- b) Mientras no tengamos un modelo mejor debemos exigir que la receta se cumplimente.
- c) La receta informatizada puede ser una solución a muchos de los problemas que tenemos actualmente.

Borja García de Bikuña

*Farmacéutico
Comunitario. Bilbao*



LA RECETA MEDICA

(Desde el punto de vista de la Administración)

La actual receta médica es un documento sanitario en cuya elaboración se ha contado con el criterio de las administraciones sanitarias, tanto estatales como autonómicas, los representantes de las distintas profesiones sanitarias, sociedades científicas y las asociaciones de consumidores y pacientes.

El proceso que dió origen al actual modelo fue un largo camino de propuestas, negociaciones y consensos que partiendo de posturas enormemente divergentes dieron como resultado un documento que posiblemente no satisfacía completamente a ninguno de los que participamos en su elaboración, pero tampoco era decepcionante para nadie. Y esta es sin duda la mejor carta de presentación para un documento de consenso.

Creo que nadie pone en cuestión que la actual receta supuso evidentes mejoras sobre el anterior modelo. Aunque no sea el modelo ideal y existan aspectos mejorables en el futuro, se trata de un documento útil que permite un correcto funcionamiento del sistema.

Su puesta en vigor supuso un gran avance puesto que en ella se plasmaron algunas de las ideas que aún hoy constituyen los pilares fundamentales de la prescripción, dispensación y uso racional de los medicamentos.

Quizás la principal innovación fue la hoja de instrucciones al paciente, que sin entrar a discutir sobre su diseño es sin duda alguna un elemento fundamental de la prescripción. Con la actual receta se da por supuesto que la prescripción y dispensación de un medicamento deben ir acompañadas de instrucciones escritas sobre aspectos tan fundamentales como la posología o la duración del tratamiento. Aunque es evidente que la utilización de esta hoja de instrucciones al paciente dista mucho de estar generalizada, deberíamos reflexionar hasta que punto ésto puede ser atribuido al diseño de la misma, o más bien a la importancia que concede cada profesional sanitario al hecho de facilitar unas correctas instrucciones al paciente. En este sentido

resulta frustrante comprobar que algunos profesionales se refieren a ella como "la copia de la receta".

Otro punto fundamental de la receta fue la introducción de una casilla donde consignar el diagnóstico, si bien no existe la obligatoriedad de hacerlo, sí se ofrece al prescriptor la posibilidad de consignar un dato fundamental para facilitar al farmacéutico el desarrollo de su labor. No debemos olvidar que la ley del medicamento establece su responsabilidad sobre el uso racional, y como es evidente eso hace necesario la valoración de indicación, posología y duración de tratamiento de los medicamentos prescritos.

Cuando se abordó el diseño de la nueva receta uno de los principales problemas que se plantearon fue la necesidad de facilitar la prescripción en los tratamientos de larga duración. Esta era una demanda, tanto de los pacientes como de los prescriptores y dispensadores que resultaba muy difícil de satisfacer. Si bien debemos reconocer que el modelo adoptado para la TLD no ha resuelto totalmente el problema, no cabe duda que ha supuesto un avance también en este aspecto. Es precisamente este el modelo cuya modificación debería abordarse en primer lugar.

También constituyó una novedad la casilla reservada para advertencias al farmacéutico. La comunicación entre médicos y farmacéuticos es en muchos casos lo más parecido a una asignatura pendiente para ambas profesiones con la que el que pierde es el paciente. Hasta la aparición de esta casilla no había ningún documento para que regulase y/o favoreciese esta comunicación.

En resumen la actual receta, aunque no sea el documento ideal que a cada uno de nosotros nos gustaría, constituye sin duda un documento que encierra posibilidades aún poco explotadas por los profesionales sanitarios para facilitar el uso racional de los medicamentos.

D. Federico Plaza

Director General de Farmacia y Productos Sanitarios,

¡¡HEMOS CONSEGUIDO SOBREVIVIR 10 AÑOS!!

Después de algunos momentos de angustia, desazón y otros muchos de ilusión, de satisfacción y sobre todo de encuentros gozosos con nuestros compañeros amigos.

Animo y a seguir, por lo menos otros 10 años más.

Mi más cariñoso recuerdo para los socios fundadores.

Un fuerte abrazo para todos.

M^{re} Lourdes Alvarellos Bermejo

