

La eficiencia del trabajo del médico en el centro de salud*

J. Simó

Centro de Salud Altavix de Elche (Alicante).
Servicio Valenciano de Salud

Correspondencia: Juan Simó Miñana. Avenida Labradores nº 1, Esc-1, D-4. 03204 Elche (Alicante).

Recibido: 10 de mayo de 1996
Aceptado: 23 de octubre de 1996

(Family doctor work's efficiency in primary care)

Resumen

Se analizan los problemas que más directamente restringen la eficiencia y la efectividad del trabajo del médico de familia/cabecera en los equipos de atención primaria (EAP), entre ellos: excesiva burocratización de la consulta, no motivación/incentivación por el trabajo bien hecho, paulatina disminución de recursos destinados a la atención primaria en relación a la especializada, dificultades en la organización del trabajo en los EAP, deficiente comunicación entre niveles asistenciales y dificultad para medir el producto en atención primaria. Se concluye con las siguientes propuestas de cambio: desburocratización, racionalización frente al racionamiento en la utilización y gestión de recursos, mayor participación de los médicos en la gestión de los recursos en dirección a una progresiva autogestión de los EAP, la potenciación/incentivación por parte de la administración de una mayor cooperación entre niveles, definición de indicadores que evalúen el producto de atención primaria y una política de motivación basada en la incentivación de la formación a través del desarrollo de la carrera profesional.

Palabras clave: Eficiencia. Efectividad. Médico de cabecera. Atención Primaria.

Summary

Factors that most directly restrict the efficiency and effectiveness of the family doctor's work in primary care are analyzed. They are the following: excessive bureaucracy, lack of motivation and incentives for a job well-done, a gradual decrease in resources available for primary care in comparison with specialized care, difficulties in primary care work management, lack of communication between medical specialized services and primary care, and the difficulty of measuring the primary care output. There will be proposed the following changes: a reduction of unnecessary bureaucracy, rationalization opposite to rationing in the management of resources, to increase the participation of the family doctor in the management of resources, promotion and incentives for increasing the cooperation between primary care and medical specialized services sponsored by Public Health Administration, to define and establish criteria to evaluate the primary care output, and a policy of encouraging medical training through the development of a professional career in primary care sponsored by Public Health Administration.

Key words: Efficiency. Effectiveness. Family doctor. Primary care.

Más vale poco, con justicia, que mucha renta sin equidad.

PROVERBIOS, 16:8

Introducción

El sistema nacional de salud (SNS) español se enfrenta, como el de otros países industrializados, a la necesidad de una reforma, reorientación o redefinición que permita obtener mayor rendimiento de los recursos disponibles, siempre limitados, y mejorar los logros conseguidos en calidad, equidad y solidaridad de nuestro sistema sanitario. A pesar

de que la eficiencia económica se haya considerado ocasionalmente un objetivo superior a la equidad¹, no debemos olvidar que la eficiencia económica no garantiza la equidad en el acceso a los servicios sanitarios, ni tampoco asegura la calidad de los mismos.

Algunos autores^{2,3} definen la eficacia como la relación entre los objetivos previstos y los conseguidos a través de una actuación sanitaria o médica en condiciones ideales o experimentales, y la efectividad como esta misma relación pero en condiciones reales. Otros autores⁴ coinciden conceptualmente con los anteriores cuando proponen utilizar el término eficacia potencial para la eficacia y el de eficacia real para la efectividad. La eficiencia es la expresión que mide la capacidad de una actuación de lograr el cumplimiento de los objetivos previstos minimizando el empleo de recursos.

Al médico le han sido atribuidas competencias para decidir el destino de muchos recursos y, por ello, orga-

* Una versión previa del presente trabajo se presentó como comunicación oral en las XVI Jornadas de Economía de la Salud, celebradas en Valladolid los días 5, 6 y 7 de junio de 1996. En este artículo, la expresión *médico de familia* engloba tanto a los médicos con dicha especialidad como a los médicos generales que trabajan en atención primaria de salud.

niza y controla discrecionalmente buena parte de su trabajo lo que condiciona en gran medida las posibilidades de control externo. La evaluación del rendimiento puede ser más o menos objetiva según el grado en que se empleen indicadores cuantitativos para medirlo. En general, la evaluación domina en aquellas situaciones en las que las variables relevantes del rendimiento son de tipo cuantitativo y fáciles de medir a corto plazo. La naturaleza del trabajo del médico dificulta la medida de su rendimiento mediante indicadores objetivos, sobre todo a corto plazo⁵.

Se analizan seguidamente los problemas que más directamente restringen la efectividad y eficiencia del trabajo del médico de cabecera/familia en los equipos de atención primaria (EAP) de los centros de salud y se formulan algunas propuestas de cambio.

Problemas que restringen la efectividad y eficiencia

Restricción en la motivación por el trabajo bien hecho

En la atención primaria española existe actualmente escasa correlación entre el nivel retributivo y carga de trabajo efectuado o calidad del mismo, se favorece así las reducciones de esfuerzo y productividad por parte de los profesionales. Y más lejos de la incentiva-ción/motivación, no necesariamente de tipo económico, quedan la formación continuada, la investigación y la docencia.

Los salarios son el gasto fundamental de la sanidad pública representando algo más del 50% del total⁶. Es perceptible entre los gestores una fe excesiva en las consecuencias que entrañaría la instauración de sistemas de retribución al médico diferentes al pago por salario fijo, como medida facilitadora de la eficiencia del trabajo de éste. Esta *estrategia* de gestión descansa sobre características del pago por salario fijo no totalmente generalizables y consideradas, desde el punto de vista de la gestión, como *incentivos perversos* de este tipo de pago, como por ejemplo: comportamientos «perezosos» de los médicos ante retribuciones fijas⁷. Se olvidan los efectos secundarios de otras formas de remuneración, propuestas como alternativas, como son el pago por acto médico y por capitación. Por ello, se tiende a proclamar la eficiencia de una forma de remuneración mixta (parte fija + parte variable), en la que ponderando *eficientemente* cada una de estas dos partes se estimularía o incentivaría al médico a incorporar en su trabajo decisiones *eficientes*. Olvidando también, que la práctica clínica se aprende y que para ello es necesaria una formación de calidad, preferiblemente de excelente calidad, también para el médico de cabecera.

La máxima expresión de esta fe en las consecuencias de la incentivación económica del médico se

puede observar en propuestas^{8,9} que promocionan actitudes *eficientes* y *empresariales* del médico haciéndole partícipe de los ahorros o excedentes presupuestarios, en un intento de implicar a los clínicos en la asignación de recursos hasta el punto de poder llegar a competir por los mismos con el paciente o usuario, competencia posiblemente desleal si tenemos en cuenta la asimetría de información en la relación médico-paciente.

Las ventajas e inconvenientes de estos sistemas retributivos han sido convenientemente analizadas^{10,11,12}. En general, los incentivos económicos pueden fallar, comprometer la calidad de la asistencia o simplemente no llegar a inducir una respuesta suficiente por parte del médico. En particular, en el caso del pago por acto o actividad puede verse aumentada la demanda al ser inducida por el propio médico y, como consecuencia, la disminución del tiempo medio de consulta y el aumento de visitas, pruebas y revisiones innecesarias. En este caso la cantidad estaría reñida con la calidad. El pago por capitación puede favorecer una actitud más complaciente del médico frente al paciente cuando éste solicita pruebas o exploraciones innecesarias, como intento de ganarlo como *cliente*, al mismo tiempo que podrían verse aumentadas las derivaciones hacia otros niveles (enfermería, especialistas, urgencias de hospital) para poder asumir más *clientes*.

El pago por salario fijo a cambio de trabajar un espacio de tiempo determinado no incentiva ya que tan sólo obliga a *cumplir las normas mínimas* y favorece, por ello, la *ley del mínimo esfuerzo*, ampara al «perezoso» y al «incompetente». Pero lo más grave es que logra desincentivar (efecto peor que no incentivar) a todo aquel que lleva a cabo actividades preventivas, de contención de pruebas y derivaciones innecesarias, consulta programada, docencia, investigación, etc., actividades que supuestamente proporcionan calidad y por ello eficiencia técnica a su trabajo. Quizá sea esta última su principal desventaja.

En cada uno de estos sistemas retributivos, el comportamiento del médico depende finalmente de su *capacidad de trabajo, responsabilidad, ética profesional y formación*. Características éstas muy difícilmente evaluables por controles externos, salvo quizá la última; y, aunque todo el mundo tenga un precio, difícil será modificar significativamente estas características con incentivos económicos, sobre todo, a corto plazo. Por otro lado, los incentivos económicos actúan sobre las necesidades básicas y son por ello de efectividad limitada: sobrepasados determinados niveles, el médico puede percibir que únicamente incentivos económicos no recompensan los esfuerzos en el rendimiento que se le piden.

Sin embargo, el pago por salario fijo no ha sido instaurado por los médicos «perezosos» o «incompetentes», sino que fue adoptado por la Administración, probablemente debido a que constituía un instrumen-

to más útil por su sencillez de control de costes que otros sistemas de retribución. El pago por salario fijo se ha adaptado mejor al *funcionamiento* de una Administración demasiado rígida y funcional, ya que presenta bajos requerimientos de información, es más estable, permite conocer de antemano los costes y, en definitiva, era el menos complicado de desarrollar. Por ello podría pensarse que fue adoptado por los gestores de una Administración «perezosa» que no quería *complicarse la vida* y que en su momento no desarrolló, por los motivos que fueran, un sistema de retribución que, aunque complicado para ella, pudiera ser más incentivador para sus empleados públicos, incluidos los médicos.

Restricción burocrática

Desde hace años la burocracia viene dominando e infiltrando mucha de la actividad pública incluida la sanitaria. El *papeleo* innecesario desborda la consulta del médico de cabecera. El tiempo medio de consulta en los centros de salud ha aumentado con respecto al existente en los ambulatorios⁸. Mucho de ese tiempo es consumido por lo que podríamos llamar la *restricción burocrática*, en detrimento del tiempo que requiere un proceso de atención clínica de calidad al paciente. Se estima que un 25% de las consultas al médico corresponden a procedimientos administrativos que no precisan revisión clínica⁸, entre ellos, la repetición de recetas figura entre los primeros lugares. La burocracia y el *papeleo* excesivos son secuelas del *enclave* de un sistema sanitario en el seno de una administración pública que se rige por procedimientos rígidos, aparatosos e histriónicamente normativos. Una administración y sistema sanitario públicos en los que parece que ciudadanos y médicos estén al servicio de la burocracia y no, como sería deseable, lo contrario¹³.

Restricción de recursos

No cabe duda que la creación de los centros de salud ha significado un incremento cuantitativo y cualitativo de dotación de medios y recursos a disposición del médico de cabecera con respecto a la situación previa. Pero hay que señalar, sin embargo, que el reparto del gasto sanitario público entre servicios primarios y especializados ha variado considerablemente entre 1982 y 1991. Así, los hospitales reciben un porcentaje cada vez mayor, pasando del 54,8 al 62,7% del total del gasto sanitario público, lo que provoca que los servicios de atención primaria hayan reducido considerablemente su participación relativa (del 40,7 al 32,8%); además, los presupuestos de los años más recientes indican que esta tendencia continúa¹⁴. Por otro lado, la población con derecho a asistencia ha aumentado en este período de 32,5 millones en 1982 a 39 millones en 1990⁸.

Restricción en la organización del trabajo

Otros aspectos distintos a la relación médico-paciente influyen en la satisfacción del usuario de los servicios sanitarios. En atención primaria, estos aspectos se derivan del hecho de que el paciente se enfrenta ante las diferentes facetas de un mismo poliedro: el centro de salud. El paciente se relaciona con distintas personas (personal médico, de enfermería, administrativo, celadores, auxiliares, unidades de apoyo...) cuando solicita y recibe atención. La organización de estas personas en su trabajo condicionará la calidad de la atención y la satisfacción del paciente.

La organización del trabajo de los EAP viene determinada por una estructura sin organización jerárquica y donde se trabaja en equipo. Varios aspectos derivados de este tipo de organización influyen en la satisfacción de los propios profesionales y quizá, como consecuencia, en la satisfacción del usuario de los servicios.

Que la organización del trabajo de un EAP no se fundamente en la jerarquía no justifica la ausencia manifiesta de autoridad de la figura del coordinador del equipo. El coordinador médico, en la mayor parte de las ocasiones, está desposeído de verdadero poder en la toma de decisiones. Muchas veces ejerce un papel de *intermediario*¹⁵. Así, se encuentra entre las *presiones* de la administración para la consecución de objetivos y las dificultades que representa *mandar* en una organización donde *no manda nadie* ya que la misma se fundamenta en el trabajo en equipo y en la toma de decisiones de modo consensuado-asambleario (reuniones de equipo). La cadena jerárquica de la administración sanitaria se rompe al llegar al eslabón del coordinador médico y ésta es una paradoja difícil de entender.

Sólo al médico ha sido concedida por la sociedad la facultad de tomar las decisiones y realizar las prescripciones necesarias en la atención del sujeto enfermo o sano con objeto de procurar o conservar su salud. La desproporción entre el nivel de responsabilidad del médico y el nivel de participación en la toma de decisiones dentro del equipo es inaceptable. El nivel de responsabilidad no es el mismo entre los diferentes componentes del equipo y la responsabilidad de los resultados no se comparte. Por imperativo organizacional, a la hora de tomar muchas decisiones que afectan en última instancia a la efectividad y a la eficiencia del trabajo del médico, éstas deben ser tomadas en su mayoría en conjunto, de modo asambleario-colectivista, por todo el EAP.

El trabajo en equipo en atención primaria encuentra dificultades reales para ser desarrollado plenamente¹⁵⁻¹⁸. Además es causa, al no estar desarrollado como debiera (diáfana delimitación de funciones y responsabilidades), de muchas tensiones, celos, conflictos, dilución de responsabilidades y posible *camuflaje* de irresponsables.

La comunicación y coordinación entre el nivel primario de atención y el nivel especializado es una de las asignaturas pendientes de nuestro SNS. La situación actual es altamente generadora de ineficiencia tanto para la atención primaria como para la hospitalaria.

Esta situación no se debe únicamente a que el médico de familia no efectúe correctamente su función de *filtro*. Es un error considerar como única finalidad del trabajo del médico de cabecera la función de filtro de enfermos a la especializada. El trabajo del médico en atención primaria va más allá de la función de filtro, y en todo caso, el *filtro* viene por añadidura cuando se dan los elementos necesarios para que el médico trabaje con mayor efectividad, eficiencia y calidad. El papel del médico de familia, ante el sujeto enfermo, consiste básicamente en prestar la primera atención, resolver la mayoría de los problemas y llevar a cabo un trabajo de coordinación de toda la atención que recibe el paciente, entendiendo que en determinadas ocasiones necesitará el apoyo puntual (más o menos duradero) del segundo nivel. No se trata de *derivar* pacientes, sino de *resolver* problemas.

Restricción en la capacidad de medir el producto de nuestro trabajo

Importa relativizar el papel de los servicios sanitarios a la hora de elevar el nivel de salud de la población. Se puede cuestionar el grado en el que los servicios sanitarios han influido en el pasado descenso de la mortalidad en los países desarrollados. Las dos primeras causas de muerte entre los jóvenes españoles son los accidentes de tráfico y el SIDA. Probablemente, ante estos procesos, los cambios en estilos de vida o medidas sobre el medio ambiente conseguirían mayores reducciones de morbimortalidad que las consultas o quirófanos. Esto implica un ejercicio de humildad y pensar que el incremento en salud de la población es una tarea intersectorial. Los servicios sanitarios en general, la atención primaria en particular, y los médicos de familia, en último extremo, no podemos atribuirnos mayores responsabilidades, objetivos o metas que las que el sentido común y la realidad manifiesta aconsejan. Si ya es difícil medir el incremento en salud de una población, más lo es determinar la parte atribuible a los servicios sanitarios y al trabajo de sus profesionales.

Propuestas de cambio

Desburocratización

Es urgente que, a las puertas del siglo XXI, el médico sea liberado al máximo de la *restricción burocrática* a la eficiencia en su trabajo. Los trámites, reglas de

procedimiento y *papeleos* no estrictamente necesarios y funcionales tanto para el médico como para el paciente deben reducirse. Debe desarrollarse la receta única por visita, que recoge toda la medicación prescrita y la duración del tratamiento¹⁹, o bien, procedimientos alternativos. Los trámites burocráticos imprescindibles bien por imperativo legal (ILT, EDO,...) o bien porque generen información útil y fiable (remisiones a especialistas, exploraciones complementarias, gasto farmacéutico, demanda, vacunaciones y otras actividades preventivas, registros de mortalidad y morbilidad, entre otros) deben ser racionalmente registrados. La información debe revertir (feed back) al médico que podrá aprovecharla, sólo si es fiable, para reorientar hacia la calidad y eficiencia su trabajo diario. Esta información debe ser complementada con aquella referida fundamentalmente a la población¹⁵. El médico debe disponer de un registro fiable y actualizado de las personas que le son asignadas, nombre y apellidos, edad, sexo, dirección y teléfono de cada una de ellas. Los médicos de cabecera, si trabajan sobre una población definida, tienen la oportunidad de revertir la ley de cuidados inversos (aquellos que más necesitan los cuidados son los que menos los reciben)²⁰. El abaratamiento progresivo de la informática puede hacer eficiente destinarle recursos para agilizar casi todas estas tareas y debería ser introducida de modo reflexivo en todos estos procesos²¹⁻²³. Se necesitan sistemas de información sanitarios que recojan de modo fiable y eficiente la información necesaria. Se cae en la ineficiencia cuando la información recogida sólo sirve para mantener y justificar el aparato burocrático que la genera y analiza. La información es el resultado del tratamiento y análisis de datos, de forma que sean útiles a propósitos previamente definidos. Estos propósitos deben quedar claramente identificados desde el principio²⁴, sobre todo cuando el modo de obtener los datos es preguntado directamente a los profesionales.

Gestionar los recursos con eficiencia sin erosión de la calidad

La racionalización del gasto frente al racionamiento y al ahorro por el ahorro debe presidir la gestión de los recursos. La búsqueda de la eficiencia en atención primaria no debe poner en riesgo la calidad clínico-asistencial y en prestación de servicios que se ha podido alcanzar durante los últimos años, por el contrario debe mantenerla y mejorarla. Las dotaciones presupuestarias destinadas a *sustituciones*, cada vez más restrictivas, están consiguiendo que muchos centros de salud se transformen en auténticos *ambulatorios* durante los períodos vacacionales. Durante algunos meses seguida al año, el objetivo difícilmente puede ser otro que *sacar la demanda*. Insistir en la reducción del número de sustituciones no es una medida eficiente que aunque disminuya el gasto puesto que se compromete la

calidad. Estamos pagando un precio demasiado caro por ahorrarnos ese dinero.

Existen otros componentes del gasto que pueden y deben reducirse de modo racional, fundamentalmente el derivado de recetas y de la solicitud de pruebas complementarias no totalmente necesarias. El gasto farmacéutico es el componente del gasto sanitario público que históricamente peor ha respondido a las medidas de gestión que han intentado *disciplinarlo*⁶. El uso racional del medicamento por el médico de familia, como una medida más de la calidad de la prescripción farmacéutica, debe ser promocionado durante su formación como residente y debería alcanzar a la formación pregrado²⁵⁻²⁸.

Al margen del gasto innecesario que pudiera generar, la realización de una prueba no totalmente necesaria puede acarrear algunos problemas de decisión clínica ante resultados no esperados tanto positivos como negativos, dada la variabilidad de los valores predictivos de estos resultados en función de la sensibilidad y especificidad de la prueba diagnóstica en cuestión y de la prevalencia de la enfermedad entre la población con la que se trabaja²⁹. Las decisiones en la práctica médica se toman en condiciones de incertidumbre, las disciplinas de salud pública (epidemiología clínica, p. e.) pueden ser de gran ayuda y aparecen como especialmente relevantes tanto en la práctica clínica como en la gestión³⁰⁻³⁵. De nuevo la formación debería venir en auxilio de la eficiencia.

Autogestión de los EAP en el marco de las reformas que se proponen

La separación de las funciones de financiación, compra y provisión es compartida por muchos autores, así como la transformación de los centros sanitarios públicos en empresas de titularidad pública sometidas al ordenamiento jurídico privado. Todo ello, con el fin de situar el SNS en el marco de una gestión empresarial e incorporar, al mismo tiempo, elementos de competencia, la descentralización administrativa, la autonomía de gestión y mayor responsabilización de los profesionales clínicos en la misma, como medidas orientadas a hacer más flexible y eficiente nuestro sistema sanitario^{6,36-38}. Para que la competencia sea un estímulo a la eficiencia debe poner en riesgo a los proveedores y para ello es necesario responsabilizar a la misma unidad jerárquica de todas las decisiones que influyen en el gasto⁶. La resistencia al cambio y los costes de influencia y poder, fundamentalmente políticos, pueden dificultar el efectivo traslado de riesgo a los proveedores. Estas propuestas tienen costes administrativos ya que implican desarrollar sistemas de información que posibiliten la evaluación de costes, actividad, calidad de servicios y equidad en el acceso a los mismos, entre otros. Estos costes deberán ser menores que las mejoras de eficiencia que se espera puedan alcanzar.

Interesa, pues, potenciar la figura del coordinador-director médico del EAP como auténtico gestor de recursos humanos y económicos con verdadero poder y responsabilidad en la toma de decisiones tanto de distribución de recursos como de manejo de incentivos. El coordinador deberá estar capacitado, por formación y nuevas atribuciones en gestión, para implicar al resto del EAP, sobre todo a los facultativos, promocionando una mayor participación y corresponsabilización de éstos en la toma de decisiones.

En una hipotética situación de mayor corresponsabilidad con las decisiones ajenas, debería ser mayor la capacidad de los profesionales para poder elegir con quién trabajan. Pero, ¿cómo compatibilizar el deseo siempre legítimo de una mayor capacidad de elegir con quién, y por tanto dónde, se trabaja con la también deseable longitudinalidad en la atención que debe prestar el médico de familia? Sin embargo, una mayor flexibilidad podría considerarse como incentivo estableciendo criterios claros y estables de movilidad profesional que incluyan aspectos profesionales, académicos o de investigación y no sólo de antigüedad. Facilitando la movilidad profesional, entendida como incentivo, se daría lugar a agrupamientos espontáneos de profesionales con interés comunes (investigación, docencia, organización del trabajo...).

Relación entre niveles: cooperación versus subordinación

Es necesario un nuevo estilo de relación entre primaria y especializada, centro de salud y hospital. Pueden y deben idearse distintas fórmulas de relación, sin subordinación, que sean respetuosas con el ejercicio y la responsabilidad de cada cual. La participación de los profesionales en el diseño de estas fórmulas es recomendable y la búsqueda de las mismas debería alentarse desde la administración, de forma, descentralizada, fundamentalmente a nivel de área sanitaria. Las soluciones al problema son generalmente de tipo organizativo y, por ello, pueden ser diferentes, y al mismo tiempo efectivas, en cada área en función de las peculiaridades de la misma.

Si el paciente y su médico de cabecera pudieran ponerse de acuerdo para escoger libremente al especialista/hospital, las relaciones entre ambos niveles serían mucho más fluidas que si la derivación es obligada a determinados especialistas/hospitales³⁹. Por otra parte, si cada centro de salud dispusiera de *su propia lista de espera* para el acceso a especializada, se potenciaría la autogestión y la responsabilidad sobre la misma. Los médicos de familia consultores como puntos de conexión y relación entre el equipo médico del centro de salud y el hospital podrían ser pieza clave actuando como verdaderos filtros y su figura debería ser potenciada por la administración. La figura del *médico de familia/cabecera* consultor debería incentivarse y constituir

uno de los escalones fundamentales dentro de la carrera profesional en atención primaria⁴⁰. Sería innecesario el médico de familia/cabecera consultor si todos los médicos de familia/cabecera del país tuvieran la misma capacidad en el manejo clínico-asistencial de los pacientes y además esa capacidad fuera inmejorable. El sentido común y la experiencia no nos aconsejan asumir estos supuestos. La creación de la figura del médico de familia consultor podría considerarse, de llevarse progresivamente a la práctica, un ejemplo de radicalismo selectivo en innovación organizativa⁴¹.

Los profesionales de los centros de salud deben seguir aumentando la calidad de sus actuaciones clínico-asistenciales y el nivel de resolución de problemas para con ello ser capaces de sustituir la intervención de parte de la atención especializada sin detrimento de la calidad. Se debería incentivar económicamente la mayor capacidad de resolución de problemas en el nivel primario de atención, fundamentalmente a través de un auténtico y corresponsable trabajo en equipo, disputando los EAP con el hospital el presupuesto, *compitiendo* en ofrecer mejor calidad y servicio para determinados problemas de salud¹².

Definir y diseñar indicadores que evalúen el producto de atención primaria

Los EAP deben orientar sus recursos, organización y actividades en la línea de la prevención y promoción de la salud, y potenciar su integración con las actividades asistenciales curativas. No se debe reclamar el cobro de complementos económicos por su realización, como si fueran algo extra o añadido a las tareas habituales del EAP⁴². Pero el esfuerzo preventivo puede ser estéril. Por un lado, la población más frecuentadora, mujeres y población anciana, la mejor cribada⁴³, no acostumbra a ser la que más se beneficiaría de la prevención cardiovascular⁴⁴, por ejemplo. Por otro lado, en prevención sólo es lícito actuar cuando se dispone de suficiente evidencia sobre la eficacia y la eficiencia de la intervención. Cuando se dispone de esa evidencia, como en el caso de la reducción de la mortalidad por cáncer de mama mediante cribado con mamografía, la actividad preventiva «dejada» en manos de la población puede llegar a hacer inefectiva e ineficiente la medida al ser más utilizada por la población con menor riesgo o en la que no ha quedado demostrada la eficacia de la misma⁴⁵. La cautela y la planificación deben presidir la introducción en la práctica diaria de medidas de carácter preventivo para que se conserven los beneficios, muchas veces modestos, que éstas demostraron en los ensayos clínicos controlados.

No se debe caer en la trampa, pues, de considerar que las coberturas de cribado, a pesar de su simplicidad de evaluación, miden el resultado de nuestros ser-

vicios⁴⁶. Debemos ser cautelosos ya que los indicadores de productividad o de actividad, aun siendo *altos*, pueden no ser eficientes si una proporción relevante de los servicios producidos no son efectivos o necesarios para la *producción de salud*. Sería más adecuado medir el proceso de producción de aquellas actividades de las que tenemos evidencia *suficiente* que contribuyen a elevar el nivel de salud de la población y medir los resultados cuando sea posible. Para ello es imprescindible que se definan indicadores que evalúen el producto de atención primaria.

Incentivos: a la eficiencia desde la formación. La carrera profesional

Es necesaria la consolidación definitiva de la figura del médico de cabecera dentro del entramado del SNS, así como su formación especializada. La Universidad debería contribuir a consolidar esta dignificación y ya existen experiencias positivas^{47,48}. Se necesita para ello la unificación e integración de todos los médicos de atención primaria en una misma sociedad científica y bajo una misma denominación, quizás la de médico de familia.

Existen serias dificultades para la evaluación del rendimiento a corto plazo del trabajo del médico⁵. La evaluación del rendimiento a largo plazo puede llevarse a cabo mediante el desarrollo de la carrera profesional (CP), en la que los incrementos retributivos se relacionan, por un lado, con la antigüedad y, por otro, con ascensos de categoría. El progreso en la CP de un médico puede constituir un buen incentivo sólo si su obtención no es automática y siempre que no sea nula la probabilidad de sanción o pérdida del incentivo (pérdida del incremento por antigüedad, descenso de categoría) ante situaciones de insuficiente competencia profesional o incumplimiento de funciones o deberes.

La CP debe basarse fundamentalmente en la excelencia profesional, la cual se debe motivar, demostrar, evaluar y recompensar. El elemento clave de la misma es la demostración de poseer la adecuada competencia profesional para el desempeño de las funciones y tareas propias del primer nivel asistencial (asistencia, docencia e investigación). Así, debería desarrollarse la certificación y recertificación de la competencia profesional^{11,49}.

Puede pensarse en algunas dificultades para el desarrollo de la CP del médico en atención primaria. Entre ellas, la resistencia al cambio de los propios profesionales y gestores. También, se ha contratado a los profesionales con salarios demasiado elevados para que sea sostenible una evolución de la retribución creciente con la veteranía⁵. Por otro lado, la estructura jerárquica de la profesión médica en el ámbito hospitalario, con más de un 30% de jefes, proporciona una buena base para que los ascensos de categoría constituyan un elemento motivador importante. Por el contrario, la orga-

nización, por definición, no jerárquica en atención primaria puede constituir, aunque no debiera, una dificultad añadida a la implantación de un sistema de CP. La CP en atención primaria debe poseer características distintas y diferenciadoras de la hospitalaria y debe ser implantada de manera progresiva y no subordinada al nivel hospitalario. El proyecto de CP debería ser consensuado por las distintas sociedades científicas de medicina general y la de medicina familiar, apoyado por la Organización Médica Colegial y aprobado por la Administración.

A modo de conclusión

La eficiencia técnica del trabajo del médico y otros profesionales de la salud puede condicionar la eficiencia económica del sistema sanitario. Pero también ocurre que la sanidad, su organización y gestión, no solamente condicionan la eficiencia técnica de la medicina sino también su efectividad e incluso su eficacia. Trasladar gran parte de la responsabilidad a escalones más inferiores es una práctica demasiado arriesgada, sobre todo cuando se trata de identificar maliciosamente un comportamiento ineficiente de la organización y gestión sanitarias con un comporta-

miento ineficiente del médico, descargando sobre éste mayor responsabilidad en la ineficiencia del sistema que la que sin duda tiene. Para hablar de eficiencia, es necesario establecer de antemano qué objetivos son los que se pretende alcanzar. Entre ellos, la calidad de los servicios y la equidad en el acceso a los mismos deben ser prioritarios. Una vez decididos ya se estudiarán los modos y maneras de conseguirlos eficientemente, *doctores tiene la iglesia*. Pero lo importante es decidir qué se quiere. El coste de oportunidad aquí es decisivo: qué estamos dispuestos a no querer/tener por el hecho de querer/tener un determinado servicio o cubrir una determinada necesidad. La sanidad, como organización social de los cuidados médicos, debe responder a las aspiraciones colectivas de la sociedad y, por tanto, estar sujeta a debate público. Se trata de un debate social y, por tanto, también político.

Agradecimientos

El autor está en deuda con aquellas personas que leyeron versiones previas del manuscrito contribuyendo con sus comentarios a mejorarlo, especialmente con Jaime Ginestal Gómez y Miguel Ángel García Alonso.

Bibliografía

1. Cabasés Hita JM. Por la eficiencia a la equidad. El sistema nacional de salud y la crisis de los sistemas sanitarios. El País 11 de julio de 1991; monográfico: La encrucijada sanitaria, p. 7 (col. 1-4).
2. Abramsom JH. Métodos de estudio en medicina comunitaria. Madrid: Díaz de Santos; 1990.
3. Last JM. Diccionario de epidemiología. Barcelona: Salvat; 1989.
4. Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria. Conceptos-métodos-estrategias. Barcelona: Masson/SG; 1987.
5. Arruñada B. Diseño organizativo y gestión del personal en la sanidad pública. Cambios en la regulación sanitaria. XIV Jornadas de Economía de la Salud. Barcelona: SG Editores; 1995.p.64-65.
6. Elola J. Sistema Nacional de Salud: Evaluación de su eficiencia y alternativas de reforma. Barcelona: SG Editores; 1994.
7. Rodríguez M, Abasolo I, Rodríguez D. Los sistemas mixtos de retribución como alternativa al pago por salario. Cambios en la regulación sanitaria. XIV Jornadas de Economía de la Salud. Barcelona: SG Editores; 1995.p.49-63.
8. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Informe y Recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo. Julio; 1991.
9. Monclús Díez de Ulzurrun C, Rodríguez Escudero C. Propuesta de regulación de la ordenación sanitaria de Galicia. Cambios en la regulación sanitaria. XVI Jornadas de Economía de la Salud. Barcelona: SG Editores; 1995.p.227-56.
10. Casajuana J. ¿Cómo debe retribuirse al profesional de atención primaria? [editorial]. Cuadernos Gestión Profesional Atención Primaria 1995;1:127-31.
11. Gervas J, Ortún V. Propuesta de incentivos para una medicina general por cuenta ajena. Gac Sanit 1996;10:34-9.
12. Gené Badía J, Pané Mena O. Comentario a: Propuesta de incentivos para una medicina general por cuenta ajena. Gac Sanit 1996;10:40-3.
13. Rodríguez-Arana J. Reflexiones sobre la reforma y modernización de la administración pública. Cambios en la regulación sanitaria. XIV Jornadas de Economía de la Salud. Barcelona: SG Editores; 1995.p.21-46.
14. Bengoechea E, del Llano JE. Las cifras del sistema sanitario: el gasto sanitario y su evolución en España (1980-1994). En: Navarro C, Cabasés JM, Tormo MJ, editores. La Salud y el Sistema Sanitario en España: Informe SESPAS 1995. Barcelona: SG Editores; 1995.p.174-80.
15. Rodríguez R, Márquez S, López M. La perspectiva profesional en la reforma de la atención primaria de salud: una aproximación cualitativa. Gac Sanit 1995;9:237-43.
16. Buitrago Ramírez F. El trabajo en equipo en atención primaria [editorial]. Aten Primaria 1993;12:181-2.
17. Osca A, Alcázar F, Otero A. Claridad y conflicto de rol en los equipos de atención primaria. Cuadernos Gestión Profesional Atención Primaria 1995;1:73-82.
18. Gervas JJ. La reforma de la atención primaria en España: una propuesta programática. Gac Sanit 1989;3:476-81.
19. Melguizo M, Quesada F, Prador MA, Bailón E, Montilla JL. Reflexiones sobre el nuevo modelo de receta médica [editorial]. Aten Primaria 1992;9:471.
20. Ortún V, Gervas J. Regulación y eficiencia de la atención sanitaria primaria en España. Cambios en la regulación sanitaria. XIV Jornadas de Economía de la Salud. Barcelona: SG Editores; 1995.p.170-92.

21. Alónso López FA, Ruiz Téllez A. Dotación material, actitudes y aptitudes hacia la informática en los centros de salud de la Comunidad Vasca. *Aten Primaria* 1995;16:285-7.
22. Alonso López FA, Ruiz Téllez A, Guijarro Eguskizaga A. De la informática como obstáculo a la informática como excusa: mirando hacia el futuro [editorial]. *Aten Primaria* 1995;16:579-82.
23. Alonso López FA, Ruiz Téllez A, Guijarro Eguskizaga A. Algunas cuestiones básicas para el desarrollo de una aplicación informática que asuma el futuro en Atención Primaria. *Medifam* 1996;6:222-4.
24. Gervas J, Pérez MM. Información Sanitaria en atención primaria. *Revisiones en Salud Pública* 1989;1:111-31.
25. Azagra R. ¿Podemos disminuir los costes de farmacia? [editorial]. *Aten Primaria* 1993;11:117-8.
26. Saura Llamas J, de la Peña Bernal la Justicia M. La prescripción farmacológica en atención primaria: un problema por resolver. Una necesidad docente de los médicos de familia [carta]. *FMC* 1995;2:437.
27. Baos V. La formación del médico de familia para el uso racional de los medicamentos [editorial]. *Aten Primaria* 1995;16:243-4.
28. Juncosa Font S. ¿Deben los médicos generales considerar los costes de su prescripción? *Gac Sanit* 1992;6:40-4.
29. Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P. Interpretación de los datos diagnósticos. En: *Epidemiología clínica. Ciencia básica para la medicina clínica*. 2.ª de Buenos Aires: Panamericana; 1994. p.80-157.
30. Ortún Rubio V. Clínica y gestión. *Med Clin (Barc)* 1995;104:298-300.
31. Marín León I. ¿Puede la gestión sanitaria tener fundamento clínico? *Med Clin (Barc)* 1995;104:381-6.
32. Bonfill X. El posible papel de la epidemiología clínica en el hospital. *Revisiones en Salud Pública* 1991;2:167-84.
33. Soriguer Escofet FJC. Cuando el médico decide por el paciente. *Med Clin (Barc)* 1993;101:340-3.
34. Gil Guillén VF, Belda Ibáñez J, Merino Sánchez J. ¿Es la Epidemiología Clínica una ciencia básica para los médicos prácticos? *Medifam* 1994;4:29-32.
35. Latour J. El Informe Abril, la ética tradicional y la epidemiología clínica. *Revisiones en Salud Pública* 1993;3:243-62.
36. Navarro V. El debate sobre la separación entre las funciones de financiación y provisión de servicios en el estado de bienestar y su relevancia en España. *Gac Sanit* 1995;9:202-9.
37. Ibern P. Las funciones de financiación, compra y provisión de servicios en los sistemas nacionales de salud. *Jano* 1991;41:955-65.
38. López-Ruiz A. Autogestión de los equipos de atención primaria en el marco de la reforma sanitaria. *Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria* 1995;1:92-103.
39. Gervas J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. *Aten Primaria* 1995;16:501-5.
40. Martín Zurro A, Monset LI. Reflexiones sobre la carrera profesional del especialista en medicina de familia y comunitaria. *Aten Primaria* 1993;12:233-6.
41. Ortún V. Innovación Organizativa en Sanidad. En: Meneu R, Ortún V, editores. *Política y Gestión Sanitaria: La Agenda Explícita*. Barcelona: SG Editores; 1996. p.157-76.
42. Martín-Zurro A. Planes de salud y prevención en atención primaria [editorial]. *Aten Primaria* 1993;11:1.
43. Subías Lorén PJ, Iglesias M. Cumplimiento de las actividades preventivas en los centros de salud adscritos al Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la semFYC. *Cuadernos Gestión Profesional Atención Primaria* 1995;1:157-64.
44. García O, Gené J, Parellada N. Ley del «cuidado inverso» en la detección de la hipertensión arterial y el tabaquismo. *Aten Primaria* 1992;9:496-9.
45. Simó J, Gaztambide M, Morote MV, Palazón G, Gálvez J, Saltó ML, Peñarroja D. Utilización de la mamografía de cribado y sus determinantes demográficos y de riesgo entre mujeres de 25 a 65 años de edad. *Med Clin (Barc)* (en prensa).
46. Gené Badía J, Moliner C. Papel preventivo de los equipos de atención primaria: del mito a la realidad [editorial]. *Cuadernos Gestión Profesional Atención Primaria* 1995;1:132-5.
47. Bonal P. Medicina Familiar y Comunitaria: una asignatura universitaria. *Aten Primaria* 1994;13:391-6.
48. Gil V, Quirce F, Simón M, Orozco D, Uris J, Merino J. Medicina de atención primaria (asignatura optativa de pregrado en la Universidad de Alicante): dos años de experiencia. *Aten Primaria* 1993;11:281-5.
49. Martín Zurro A. Sobre la recertificación de los médicos en España. *Aten Primaria* 1996;17:162-8.