Documento descargado de http://www.elsevier.es el 25/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Gac Sanit. 2012;**26(S)**:102–106

Incentivos financieros en la mejora de la calidad asistencial. Informe SESPAS 2012

Carlos Eirea Eiras[a,*] y Vicente Ortún Rubio[b]

[a] *Servicio de Atención Primaria de Bueu, XAP Pontevedra, Sergas, Conselleria de Sanidade, Xunta de Galicia, Pontevedra, España*
[b] *Facultad de Economía y Empresa, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 16 de febrero de 2011
Aceptado el 15 de noviembre de 2011
On-line el 2 de febrero de 2012

Palabras clave:
Incentivos
Calidad asistencial
Crisis económica
Retribuciones

RESUMEN

Abordaremos la aportación a la mejora de la calidad asistencial de los incentivos financieros ligados a los programas de pago por desempeño o pago por rendimiento (en inglés *pay for performance,* P4P). Analizaremos su situación internacional y en nuestros diferentes servicios de salud, su participación en el conjunto de las retribuciones salariales y los efectos que sobre ellos está generando la actual crisis económica. Revisaremos los resultados de los últimos estudios con la intención de aclarar la pertinencia de estos modelos de incentivación, valorando las posibles orientaciones y nuevas propuestas.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Financial incentives in improving healthcare quality. SESPAS Report 2012

Keywords:
Incentives
Quality of care
Economic crisis
Salaries

ABSTRACT

We address the contribution of financial incentives linked to pay for performance (P4P) to improving the quality of care. The situation of P4P is analyzed internationally and in the distinct health services in Spain. The participation of P4P in wage compensation and the effects of the current economic crisis on these incentives is discussed. We review the results of recent studies to clarify the role of these incentive models and assess possible orientations and new proposals.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La incuestionable necesidad de alinear los esfuerzos de los profesionales con los objetivos de las organizaciones ha llevado a estas últimas a buscar elementos motivadores de las conductas de los primeros. La motivación se ha traducido en la práctica en incentivos, y finalmente éstos se vienen concretando en términos económicos. Los programas de pago por objetivos, pago por rendimiento o pago por desempeño se han extendido por todo el mundo (con un claro predominio del anglosajón), por más que no se haya podido comprobar su verdadera pertinencia. Por otro lado, otras formas de incentivos, y aun menos otros nuevos planteamientos motivadores, no se han explorado con igual profusión, desoyendo la llamada más o menos intensa de colectivos, organizaciones y grupos de expertos profesionales que claman por nuevas fórmulas de reconocimiento y estímulo.

Complicando todavía más el contexto, la actual crisis económica ha sembrado la incertidumbre sobre la continuidad de las experiencias desarrolladas hasta el momento. La imposición del control del gasto público, que a veces parece la única forma para la superación de la crisis, está provocando recortes. La sanidad es una de las principales fuentes de gasto presupuestario, que en nuestro entorno representa cerca del 30% del total. Incidir directamente sobre él se ha convertido en objetivo preferente de los gestores, y puesto que los gastos en personal son una parte sustancial del total, hacia ellos se dirigen los primeros movimientos.

Aunque el estudio de retribuciones en atención primaria de la Organización Médica Colegial (OMC) señala que «cuando se habla de retribuciones de los médicos parece que éstas fueran una parte importante del problema financiero que arrastra nuestro Sistema Nacional de Salud; nada más lejos de la realidad, que no es otra que plantillas insuficientes, bajos sueldos en comparación con los países europeos de nuestro entorno y unas condiciones de trabajo manifiestamente mejorables, y unas cada vez mas amplias diferencias en los salarios entre comunidades autónomas»[1]. Los primeros pasos adoptados van desde una reducción porcentual generalizada en las retribuciones hasta la supresión de los incentivos económicos en alguna comunidad.

En este contexto, hablar de nuevos programas de incentivación o mentar la posibilidad de retribuciones mayores por mejor desempeño y consecución de objetivos, no se contempla.

No obstante, los programas ligados a objetivos incentivados están ahí, tanto en otros países como en el nuestro. Y si nos atenemos a su definición teórica (herramienta para el apoyo de la reforma de prestación de asistencia sanitaria orientándola hacia la mejora de la calidad asistencial), cabría pensar que dicha herramienta sería,en un grado de utilización óptima, un elemento a potenciar en los momentos de crisis. Conseguir en sanidad que se hagan

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: carlos.eirea.eiras@sergas.es (C. Eirea Eiras).

0213-9111/$ – see front matter © 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
doi:10.1016/j.gaceta.2011.11.006

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 25/05/2013. Copia para uso personal, se prohibe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Ideas clave

- El pago de incentivos financieros como método para incrementar la calidad asistencial está aumentando en los últimos años en un buen número de países. Del mismo modo, cada vez son más los estudios sobre los resultados conseguidos, sin alcanzar suficiente evidencia para sustentar o no su uso para una mejora en resultados de salud.
- No obstante, debe tenerse en cuenta el impacto del diseño de los programas de pago por rendimiento y de los mediadores contextuales sobre los resultados conseguidos: tipo de incentivos, tamaño y distribución de éstos (individual, equipo), agentes implicados y participación de las partes interesadas, construcción de los objetivos centrados en la mejora de la calidad y el logro, punto de partida sobre el que se puede mejorar, indicadores de resultado intermedio y aplicación uniforme.
- En el escenario internacional destacan, en el desarrollo y la implementación de modelos de pago por rendimiento, los países anglosajones, pero con diferencias en su diseño. En Estados Unidos predominan los programas de pago por acciones fragmentadas, más cercanos a la dirección por instrucciones, mientras que en Reino Unido los programas de pago por rendimiento suponen acciones del sistema nacional de salud dentro de un programa global participado.
- En nuestro sistema de salud, la marginalidad de los actuales programas de incentivación, las controversias sobre su ética, efectividad y rentabilidad, los efectos secundarios no deseados, y la actual situación económica, podrían ser suficientes para abandonar definitivamente dichos programas. Por otra parte, estos mismos argumentos apoyados en una apuesta claramente definida por la innovación, la calidad y la incentivación motivadora, deberían obligar a un último esfuerzo en el cual los presupuestos se asocien a programas con resultados, analizando los costes marginales y potenciando la autonomía, el trabajo en equipo, el liderazgo y la participación de todos los agentes implicados.

correctamente las cosas correctas, eliminando las que no aportan valor, las que no han demostrado efectos en términos de salud, parece incontestable.

La heterogeneidad sustancial de los programas de pago por rendimiento, la diversidad de estudios y la disparidad de resultados hacen necesaria una evaluación de los efectos en diferentes ámbitos y del impacto de las diferentes opciones de diseño y mediadores contextuales.

Del estado de las cosas en el ámbito internacional

Tal como señalaban Peiró y García-Altés en su magnífico artículo del informe SESPAS 2008[2], la literatura médica que ha revisado las evidencias empíricas sobre la efectividad del pago por rendimiento sigue centrada fundamentalmente en dos países: Estados Unidos y Reino Unido. De modo general, se evalúan intervenciones muy específicas y casi siempre sobre actividades preventivas, relacionando un indicador de calidad con el motivo del pago o un solo aspecto de la atención.

En Reino Unido se ha producido la mayor reforma de todos los sistemas, con intervenciones más generalizadas y un amplio panel de indicadores. Hablamos del QoF (*Quality and Outcomes Framework* [calidad y marco de resultados]) para médicos de atención primaria. Lo definen como «una recompensa voluntaria anual y un programa de incentivos para todas las consultas de medicina general en Inglaterra, que detalla los resultados y logros en la práctica asistencial. No se trata de la gestión del rendimiento, sino de recursos que recompensen las buenas prácticas». Los resultados se miden a través de indicadores que se agrupan en cuatro componentes principales (tabla 1), conocidos como dominios. Los cuatro dominios son: clínica, organización, pacientes y servicios adicionales. Cada dominio consta de un conjunto de medidas de logro adicionales, conocido como indicadores. En los QoF 2009/10 y 2010/11, la medida del logro se efectuó con 134 indicadores, sumando puntos según sus logros en contra de cada indicador, hasta un máximo de 1.000 puntos. El incentivo económico ligado a este programa fue de una cuantía considerable: en 2010/11 se pagan, en promedio, 127,29 libras por cada punto alcanzado.

Tabla 1
Dominios del Quality and Outcomes Framework

1. Atención clínica: el dominio consta de 86 indicadores en 20 áreas clínicas (p. ej., enfermedad coronaria, insuficiencia cardiaca, hipertensión) por valor de hasta un máximo de 697 puntos.
2. Organización: el dominio consta de 36 indicadores (por valor de hasta 167,5 puntos) a través de cinco áreas de la organización: los registros y la información, información para los pacientes, la educación y la formación, la gestión de la práctica y la gestión de medicamentos.
3. De los pacientes: el dominio consta de tres indicadores (por valor de hasta 91,5 puntos) que se refieren a la longitud de las consultas y la experiencia del paciente de acceso a los médicos de cabecera.
4. Servicios adicionales: el dominio se compone de nueve indicadores en cuatro áreas de servicio: cribado cervical, vigilancia de la salud infantil, servicios de maternidad y servicios de anticoncepción.

Los resultados se hacen públicos. El IC del NHS ha desarrollado una base de datos en línea para permitir a los pacientes el acceso público a estos datos que indican los resultados conseguidos en cada centro. Los datos se recogen de más de 8000 centros de atención primaria, con más de 54 millones de pacientes registrados en Reino Unido.

En Australia también han desarrollado un sistema de incentivos financieros ligado a objetivos: el *Practice Incentives Program*, cuyo objetivo es promover la mejora continua en la práctica general a través de incentivos financieros para apoyar la atención de calidad, y mejorar el acceso y los resultados de salud para los pacientes.

Consideran los autores del informe SESPAS 2008 que las características de los estudios publicados hasta esa fecha limitaban enormemente la validez externa, resultando ser una guía muy endeble para la generalización de las estrategias de pago por rendimiento. Desde este informe, las publicaciones sobre el particular han ido creciendo exponencialmente (de pocas en la década de 1990 a más de 20 estudios anuales en 2007 y 2008, y 18 en el primer semestre de 2009), y fueron recogidas en el ambicioso estudio de Van Herck et al en 2010[3]. Esta revisión sistemática resume la evidencia obtenida de estudios publicados entre 1990 y julio de 2009. Partiendo de 5718 estudios potencialmente relevantes, se identificaron 128 de calidad suficiente, de los cuales 79 no habían sido analizados en anteriores documentos de revisión. Persiste la bipolarización de los estudios entre Estados Unidos, con 63, y Reino Unido, con 57. Correspondieron a atención primaria 111 estudios, y 13 más tuvieron lugar tanto en primaria como en hospitales. Los efectos de la aplicación del modelo de pago por rendimiento que evaluaron fueron la efectividad clínica, la accesibilidad y la equidad, la coordinación y la continuidad, la centralidad en el paciente y la rentabilidad. Así mismo, se buscaron pruebas sobre el impacto del diseño de los programas y de los medidores contextuales sobre los efectos analizados (tabla 2).

De la revisión se extraen finalmente seis recomendaciones según las pruebas encontradas:

1. Seleccionar y definir metas basadas en el establecimiento de la línea base para la mejora.
2. Hacer uso de indicadores de resultado intermedios como medidas de destino.
3. Fomentar la participación de las partes interesadas y comunicar el programa minuciosamente.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 25/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Tabla 2
Resultados de la revisión sistemática de Van Herck et al[3]

Conclusiones sobre los efectos

- Efectividad clínica
  Se evaluaron 47 estudios. Los efectos en general fueron positivos. En cuidados preventivos se encuentran más resultados contradictorios para las pruebas de cribado que para las tareas de inmunización. En cuanto a las enfermedades crónicas, la diabetes fue la condición con las más altas tasas de mejora de la calidad. Los resultados también fueron positivos para asma y cesación tabáquica. Sin embargo, el estudio de Campbell[16] pone de relieve un aumento de la calidad en dos de tres enfermedades crónicas (diabetes y asma), pero no en las enfermedades del corazón, y además destaca que, una vez alcanzados los objetivos, la mejora de la calidad se hace más lenta y disminuyó en dos condiciones que no habían sido relacionadas con incentivos.
- Accesibilidad y equidad de la atención
  En general, el pago por rendimiento no tuvo efectos negativos en los pacientes según el grupo de edad, el origen étnico, la condición socioeconómica ni por presentar afecciones diferentes concomitantes. Esta afirmación se apoya en 28 estudios, aunque no hay estudios aleatorizados que hallen equidad de resultados en la atención recibida
- Coordinación y continuidad
  Estudios aislados de antes y después sin grupos de control muestran que dirigir el pago por rendimiento hacia la coordinación de la atención podría tener efectos positivos. El estudio de Campbell[15] encontró que el grado de continuidad de la atención, que había sido constante, se redujo inmediatamente después de la introducción del programa de incentivos y continuó en el tiempo en ese nivel reducido
- El paciente como centro
  Analizado sólo en tres estudios, con resultados dispares que van desde efectos no encontrados hasta efectos positivos
- Rentabilidad
  La rentabilidad fue confirmada sólo en cuatro estudios, con una variada calidad metodológica

Opciones de diseño

- Objetivos y metas de calidad
  Los indicadores de proceso dan tasas más altas de mejora que las medidas de resultados. Se confirma que el grado de rendimiento de una línea base que defina el margen de mejora influye en el impacto del programa: a mayor espacio de mejora, mayor tamaño del efecto. Además, los estudios informan de que la participación de los interesados en la selección de destino y la definición parece haber encontrado efectos más positivos que cuando no participaron
- Incentivos
  Los de carácter positivo parecen haber generado efectos más positivos que los incentivos basados en un enfoque competitivo
- Aplicación y comunicación del programa
  Poner nuevos fondos a disposición de los programas mostró más efectos positivos que la reasignación de fondos, pero la rentabilidad se vería muy afectada si continuamente hay que añadir financiación adicional, por lo que no se convierte en una opción. En Reino Unido, el pago por rendimiento no se introdujo de manera gradual, lo que obligó a correcciones posteriores en términos de selección del indicador, definición del umbral y tamaño de la bonificación por destino. La evidencia es contradictoria para la incorporación voluntaria frente a la obligatoria. Se identifican como factores importantes la comunicación y la participación en la elaboración del programa. También la participación de todas las partes interesadas en el desarrollo del programa tuvo efectos positivos (>10%). Se observó una relación positiva entre los efectos y la cultura organizativa y la voluntad de ensayar nuevos proyectos
- Características de los pacientes
  No hay pruebas sobre cómo el paciente afecta al rendimiento del modelo de pago por rendimiento

4. Implementar un diseño de modelo de pago por rendimiento uniforme a través de los proveedores.
5. Centrar el programa en la mejora de la calidad y el logro.
6. Distribuir los incentivos, tanto individuales como de equipo.

Parece claro que son necesarias estrategias más amplias, con más apoyo a los pacientes, para obtener resultados en salud. El caso del impacto del diseño del programa de incentivos es clave. En ocasiones se confunden objetivos de calidad con recomendaciones de guías o sociedades, tal y como se recoge en un estudio estadounidense[4], en el cual se analiza el impacto de la remuneración en un programa de diabetes que valoraba la realización de dos determinaciones de la hemoglobina glucosilada al año y se conseguía un aumento en su aplicación sin contribuir a un mejor control glucémico. El análisis de resultados intermedios en diabetes con el programa de pago por rendimiento en Inglaterra entre los años 2004 y 2008 señala que el impacto del diseño es positivo y que el resultado en la efectividad clínica resulta evidente[5].

A pesar de la luz arrojada por los últimos estudios, no parece que sea suficiente para disipar las sombras que todavía se ciernen sobre los programas de pago por calidad.

A mayor abundamiento, en la última revisión Cochrane[6], que analiza los efectos de los incentivos financieros en la calidad de los cuidados de salud provistos por los médicos de atención primaria, los autores concluyen que no hay pruebas suficientes para apoyar o no apoyar el uso de incentivos financieros para mejorar la calidad de la atención primaria de salud. Apuntan además a la necesidad de promover investigación adicional para comparar los costes y los efectos de los incentivos financieros con otras intervenciones de cambio de comportamiento

Del estado de las cosas en el Sistema Nacional de Salud

Ya en el año 2008, Peiró[2] señalaba con respecto a la situación de los incentivos en nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) que la colectivización de las negociaciones salariales, la cultura de la falsa equidad, el escaso peso del profesionalismo, el reducido contrapeso de los pacientes y la politización elevada cuestionan la aplicabilidad de los modelos vigentes en países con una mayor experiencia en la aplicación de estos sistemas de pago.

Si hablamos de pago por rendimiento o por calidad estamos hablando casi en exclusiva de programas de incentivación económica, y por ello de una parte del total de las retribuciones, las cuales están sujetas a la negociación con las fuerzas sociales y organizaciones profesionales.

Retribuciones

Las retribuciones de los médicos en el SNS recogen un buen número de epígrafes que pretenden, en parte, reconocer la variabilidad de las condiciones laborales. Son el resultado de un sistema de negociación colectiva practicada en el marco del derecho público y que paga conforme a presupuestos anuales con arrastre histórico. Esto supone un escenario no muy propicio para la autonomía, la flexibilidad, la verdadera variabilidad explicada y la potenciación de la calidad asistencial. Se contempla el conjunto de retribuciones como un pago por «ser» que trata de asignar parte al pago por «hacer», y muy tímidamente un pago por «resultado/calidad»[7].

En el ya mencionado estudio de la OMC[1], los diferentes apartados y complementos se analizan para el caso de cuatro tipos diferentes de médicos (tabla 3).

Se aprecia que la mayor parte de la retribución sigue ligada al «ser» y en menor medida al «hacer». El pago por calidad-resultados ha perdido una gran oportunidad con la implantación de las carreras profesionales, ya que éstas parecen haber claudicado en sus pretensiones de reconocimiento de desarrollo e implicación profesional para asimilarse a un nuevo pago por antigüedad. Aun en los casos en que la carrera profesional está condicionada a la consecución de los objetivos de los programas de pago por rendimiento, no parece haberse generado un mayor valor de estos últimos; antes bien, su evaluación ha sido más laxa e igualitaria para evitar repercusiones en la carrera profesional. Finalmente, asumiendo el escaso impacto de su asociación con la carrera profesional, el peso del complemento de productividad variable en el conjunto de las retribuciones lo convierte en casi testimonial. Los resultados de diferentes estudios sugieren que pequeñas recompensas no

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 25/05/2013. Copia para uso personal, se prohibe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Tabla 3
Retribuciones del Sistema Nacional de Salud

Retribuciones
• Sueldo y trienios Sin diferencias significativas entre comunidades: en torno al 25% del salario total
• Específico/exclusiva Diferencias entre comunidades tanto en la cuantía como en el concepto: exclusiva pura (Galicia), dedicación con ampliación de jornada (Aragón), pago para todos en concepto de productividad fija con generalización del específico (Baleares) y cobro por participación en programas (Castilla-La Mancha). Existe una tensión permanente que acelera cambios y produce tanto diferencias como tendencias igualatorias. Supone en torno al 20% del sueldo
• Carrera profesional La carrera profesional tiene una implantación desigual y con diferentes calendarios. Las tensiones generadas y las presiones ejercidas para un acceso «igualitario» a los diferentes grados están convirtiendo esta magnífica oportunidad para un pago por resultados y calidad en algo que ha llevado a no pocos a considerarlo un nuevo pago por antigüedad. Por término medio puede suponer en torno al 20% al 25% del sueldo.
• Complemento por tarjeta y dispersión Supone la parte capitativa del sueldo. Se cobra más con más tarjetas (en realidad aún se sigue pagando por cartillas) y si están geográficamente más dispersas. Distingue entre pensionistas y no pensionistas, adjudicando a los primeros una teórica mayor carga asistencial y por lo tanto una mayor remuneración. Representa un 10% al 15% de la remuneración total
• Complemento de productividad variable (pago por rendimiento) Teóricamente representa el pago por calidad-resultados. Según los autores del estudio de la OMC[1] supuso el dato más difícil de conseguir y conocer. Criterios variables según el servicio de salud y dentro de cada uno de ellos en función de los resultados de la zona básica, del centro e individuales. La mayoría de las comunidades autónomas se mueven en una franja estrecha de incentivos económicos, que suponen en torno al 2% al 4% del total de la remuneración.
• Otros complementos Se completan las retribuciones con conceptos que remuneran la asunción de más carga de trabajo por acumulaciones de cupos ausentes, la atención continuada y en algunos casos la ampliación de la jornada laboral

motivarán a los médicos a cambiar sus modos de atención[8], y la ausencia de resultados para un efecto puede atribuirse al pequeño tamaño del incentivo de pago por rendimiento[9] en el SNS.

Ya sabemos que los incentivos pequeños no movilizan, y si además se presentan aislados y son exclusivamente financieros, no participados ni bien comunicados, no comprenden al individuo y al equipo, no analizan resultados intermedios, afectan a la equidad y a la accesibilidad, generan efecto «lupa» al centrarse en acciones clínicas fáciles de medir, potencian acciones que carecen de validez y favorecen el trampeo de datos, no merecen ser implementados.

Podemos añadir además que los incentivos anuales relacionados con objetivos de calidad de la atención prestada pueden aumentar la percepción de carga de los médicos y tener un impacto negativo en la satisfacción del consumidor, como se deduce de un estudio antes y después sobre 257 equipos de atención primaria en Cataluña[10]. Por otra parte, intervenciones especiales sobre acciones concretas, como el caso de la comunicación de reacciones adversas a medicamentos en un hospital, se han visto incrementadas con una mejora cuantitativa y cualitativa tras una intervención continua basada en acuerdos de cuidados de salud con incentivos económicos y actividades educativas[11].

Más allá de la literatura científica, diferentes grupos de trabajo, sociedades profesionales, colectivos varios y voces reconocidas del nuevo universo de la comunicación que se conforma en torno a las nuevas tecnologías (*blogs*, *webs*, foros sociales. . .), insisten una y otra vez en ir más allá del incentivo económico. Se dice con claridad meridiana en el documento de propuestas para la trasformación de la atención primaria de Galicia: «La retribución no consiste únicamente en dinero ni es tan sólo individual ni debe plantearse a corto plazo. La autonomía organizativa, y el mejor uso del tiempo profesional, son incentivos tan poderosos como los monetarios»[12].

Recomendaciones

En general, la literatura indica que no hay un enfoque sencillo para crear incentivos, y la capacidad de los incentivos financieros y no financieros para lograr los resultados depende de una serie de elementos contextuales.

Por lo tanto, la primera recomendación que podemos hacer es que los programas de pago por desempeño de las diferentes comunidades autónomas han de ser sometidos a una profunda revisión, mas allá de dar cada vez más peso a la gestión del gasto farmacéutico. Deberá conocerse si en realidad se desarrollan y registran estos programas, para lo cual es necesario, tal y como se recoge en el Proyecto de Navarro y Martín Zurro[13], disponer de datos sobre la frecuencia de evaluación de los indicadores, el desarrollo de auditorías, la independencia de los evaluadores y de los mecanismos de revisión, y la validez y fiabilidad del conjunto.

Conviene romper definitivamente con el hecho de que los incentivos sean exclusivamente financieros, y que el peso de éstos en el conjunto de las retribuciones sea testimonial. Si se apuesta por modelos de pago por desempeño, «hágase según arte», y ello supone gestionar los programas con la participación de los proveedores (profesionales) y de los destinatarios finales (usuarios).

Los programas pueden estar ligados a presupuestos, haciendo un mayor énfasis en la toma de decisiones locales (subsidiariedad), creando nuevos trazados en las vías de los pacientes y debiendo ser gestionados en autonomía por los equipos proveedores. Estos programas deberán aportar valor añadido para los destinatarios de la atención, los proveedores de la asistencia, los que financian, los que establecen las políticas y la estrategia. La investigación en la comunidad promoverá evidencias y permitirá la correcta evaluación.

Transferir riesgos y beneficio a los equipos. Más autonomía

La gestión del gasto farmacéutico con la reversión de los recursos optimizados en el desarrollo de programas concretos ligados a presupuestos, por ejemplo, se abre como una alternativa a la rigidez retributiva y la escasez de margen de maniobra de los proveedores de atención sanitaria. Siguiendo el algoritmo propuesto por Custers et al[14] para la selección de incentivos, se trataría de establecer un acuerdo de responsabilidad entre financiadores y proveedores que mediante la mejora del rendimiento en la gestión del gasto farmacéutico se recompensase con los ahorros por la eficiencia, compartiendo las ganancias.

Otro ejemplo es la gestión de las ausencias y de los permisos: puede ser más motivadora la posibilidad de no trabajar los sábados que todos los incentivos económicos que hay en la actualidad. Y qué decir de la flexibilidad horaria.

La crisis económica puede configurarse como un elemento de oportunidad para la implementación de estas nuevas propuestas. Estos «programas» pueden definirse para satisfacer las necesidades de planificación y la ejecución de servicios, por lo que podrían ser grupos de enfermedades, grupos de edad, ubicación geográfica o la configuración de la atención, por nombrar algunos. También puede construirse como una matriz, de modo que, por ejemplo, una serie de programas sobre la enfermedad también puede dividirse por el proveedor o grupo de edad. La construcción de estos programas podría comenzar por la práctica de *benchmarking,* que se está haciendo en otros países mas allá de los modelos de pago por rendimiento.

En cualquier caso, la realidad obliga a tomar decisiones. Toca hacer más con lo mismo dejando de hacer más de lo mismo.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 25/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Contribuciones de autoría

Carlos Airea y Vicente Ortún concibieron y supervisaron el conjunto del artículo del que ambos son responsables. Carlos Airea realizó la contribución más importante.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Matas V. Retribuciones de cuatro tipos de médico de atención primaria, año 2009. Granada: OMC; 2010.
2. Peiró S, García-Altés A. Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados de salud, el pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos. Gac Sanit. 2008;22 Suppl 1:143–55.
3. Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, et al. Systematic review: effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. BMC Health Services Research. 2010;10:247.
4. Coleman K, Reiter KL, Fulwiler D. The impact of pay-for-performance on diabetes care in a large network of community health centers. J Health Care Poor Underserved. 2007;18:966–83.
5. Vaghela P, Ashworth M, Schofield P, et al. Population intermediate outcomes of diabetes under pay-for-performance incentives in England from 2004 to 2008. Diabetes Care. 2009;32:427–9.
6. Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, et al. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians (review). The Cochrane Library. 2011. Issue 9.
7. Ortún V. Los incentivos para la mejora de la calidad en los servicios de salud. Rev Calidad Asistencial. 2007;22:1–6.
8. Town R, Kane R, Johnson P, et al. Economic incentives and physicians' delivery of preventive care: a systematic review. Am J Prev Med. 2005;28:234–40.
9. Rosenthal MB, Frank RG. What is the empirical basis for paying for quality in health care? Med Care Res Rev. 2006;63:135–57.
10. Gené-Badia J, Escaramis-Babiano G, Sans-Corrales M, et al. Impacto de los incentivos económicos de calidad de la vida profesional y de satisfacción del usuario final en atención primaria. Health Policy. 2007;80:2–10.
11. Pedrós C, Vallano A, Cereza G, et al. Una intervención para mejorar la presentación espontánea de informes de RAM por los médicos del hospital: un análisis de series temporales en España. Drug Saf. 2009;32:77–83.
12. Casajuana J, Clavería A, Domínguez M, et al. Propuestas para la transformación de la atención primaria de Galicia. Pontevedra: Subdirección General de Calidad y Programas Asistenciales. Servicio Gallego de Salud. Escuela Gallega de Administración Sanitaria (FEGAS); 2009.
13. Navarro V, Martín-Zurro A. Proyecto de investigación: la atención primaria de salud en España y sus comunidades autónomas. Barcelona: Semfyc; 2009, coordinadiores.
14. Custers T, Hurley J, Klazinja N, et al. Selecting effective incentive structures in health care: a decision framework to support health care purchasers in finding the right incentives to drive performance. BMC Health Services Research. 2008;8:66.
15. Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis, et al. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. N Engl J Med. 2009;361:368–78.