

Luis Palomo. Unidad de Docencia e Investigación. Área de Salud de Cáceres

Uso y disfrute de los incentivos en atención primaria*

Para ser un buen médico, un virtuoso de la medicina, se debe buscar la excelencia con el ejercicio de la profesión. La excelencia en una profesión se logra mediante una práctica destinada a alcanzar los bienes internos a ella misma, y que ninguna otra profesión puede proporcionar; son los bienes que le dan sentido, que constituyen su racionalidad y que le prestan legitimidad social. El bien interno de la sanidad es el bien del paciente.

Cuando los propios profesionales no valoran el bien interno que con el ejercicio de la medicina se persigue (ser un buen médico), y ejercen exclusivamente por los bienes externos que se pueden conseguir (dinero, prestigio, poder social), se produce la corrupción de las actividades profesionales y, como consecuencia, la renuncia a la excelencia y la pérdida de vocación, de legitimidad social y de credibilidad (1).

Cuando un profesional duda entre varias opciones, porque la conciencia moral de su tiempo es ambigua (precio vs. valor; eficiencia vs. equidad; crecimiento vs. sostenibilidad; enriquecimiento vs. solidaridad...), o no está seguro de lo que se espera de él (medicalizar vs. prevenir; curar vs. cuidar; polivalencia vs. superespecialidad; integralidad vs. inmediatez; resolver vs. derivar; profesionales vs. máquinas...), o no están definidas sus metas (resolutividad vs. seguridad; tratar vs. ahorrar; filtrar vs. complacer...), transita en una crisis ética porque no sabe qué opción tomar. También ocurre que, aún sabiendo cuál es la mejor opción, es decir, qué actividades conducen al bien interno que la profesión persigue, no encuentra ningún motivo para realizarlas. Esta situación de crisis se agudiza cuando se carece de estímulos externos, ya que, si bien actuar únicamente para conseguir éstos

puede considerarse corrupto, no existe ningún problema en que un profesional, si es excelente, además de intentar alcanzar los bienes internos de su profesión, perciba a través de ellos unos ingresos, logre un poder social y se gane un prestigio.

En una empresa la excelencia se logra en comunidad, en la convivencia entre personas que comparten los mismos valores de fidelidad, confianza, benevolencia (querer el bien del otro), beneficencia (hacer el bien cuando es posible) y confianza. Todas las empresas que han funcionado bien a través de los siglos, empezando por la familia, han logrado el éxito y han conseguido la excelencia en la lealtad y en la fidelidad, y sólo por esta vía. Como el profesional sanitario necesita de una gran autoestima para soportar la dureza de su actividad asistencial, requiere soporte institucional y una promoción clara hacia la excelencia, si no es así la institución no funcionará, o funcionará mal. Sin embargo, la búsqueda de la excelencia puede convertirse en una estrategia comercial. La excelencia entendida como pura estrategia empresarial puede llegar a ser inmoral (2).

Los sistemas de pago no son neutros y afectan al comportamiento clínico

Como, hasta hace poco más de diez años, en la atención primaria española reformada, el único bien externo que se percibía era el salario, corregido mínimamente según la dispersión geográfica de la zona de salud y, algo más intensamente, según capitación y porcentajes de mayores de 65 años y/o menores de 14

asignados, la forma de conseguir progresos profesionales consistía en acceder a cupos más grandes. De alguna forma, el prestigio se asociaba a cupos grandes, preferentemente urbanos, aun a costa de más trabajo asistencial. En el medio rural, o en cupos pequeños, la realización de guardias compensaba con creces el nivel retributivo de un cupo grande, y además sin soportar tanta carga asistencial. Con la evaluación del cumplimiento de la cartera de servicios, introducida a mediados de la década 1990-2000 y, ya en este siglo, con la incentivación al ahorro farmacéutico y a las normas de correcta prescripción, los incentivos al control de la incapacidad temporal (IT) y, finalmente, el establecimiento de la carrera profesional, se completa la panoplia de mecanismos externos de incentivación, promovidos desde la empresa, cuyas consecuencias pasamos a analizar.

¿Cuál es la forma de pago más incentivadora?

El sistema de pago a los médicos forma parte de un fenómeno mucho más importante, social y profesionalmente, que es el problema de los incentivos. La incentivación consiste, en esencia, en introducir mecanismos en el desarrollo de la producción que mejoren el producto final con el menor gasto posible de recursos. En el caso de los médicos mediante los incentivos, económicos o de otro tipo, se persigue que los profesionales estén contentos en su trabajo, que proporcionen a los pacientes cuidados de calidad técnica y humana, obteniendo buenos resultados terapéuticos, preventivos o restauradores y que, en el proceso asistencial, utilicen los recursos eficientemente (3). ¿Qué papel juega el sistema de pago como mecanismo incentivador?

* Ponencia presentada para la 2ª sesión del III Seminario de Innovación en Atención Primaria. Fundación Ciencias de la Salud. Organización Médica Colegial. Madrid, 22 de junio de 2007.

¿Qué aportan los distintos sistemas de pago a la filosofía del trabajo en AP?

Aunque se reconocen tres sistemas distintos de pago: pago por salario, pago por capitación y pago por acto médico, en la práctica no hay ningún servicio de salud que se corresponda con una forma única de remuneración al médico; conviven sistemas de pago distintos y, con más frecuencia, se incorporan elementos de unas formas de pago en otras. Esto es así porque, aunque no se dispone de datos basados en la experimentación de modelos, la información empírica que se conoce sugiere que ninguno de los sistemas de pago es perfecto, de modo que los sistemas mixtos ofrecen ventajas para sortear mejor las imperfecciones del mercado.

Los sistemas de pago no son neutros y afectan al comportamiento clínico. El sistema de pago menos incentivador es el pago por salario, ya que es el que conlleva menor identificación con las personas atendidas (no favorece la continuidad ni la longitudinalidad de la atención, y tampoco facilita el acceso) y con el sistema sanitario, en términos de coordinación entre niveles asistenciales, de derivaciones y de gasto sanitario global. Al médico pagado por acto le interesa realizar muchas consultas, a los mismos pacientes o a pacientes distintos. En este sentido, los médicos pagados por acto proporcionan más servicios que los remunerados capitativamente o por salario (4), pero favorecen la accesibilidad, la continuidad y la longitudinalidad de la atención en menor medida que los médicos pagados por capitación, ya que, para éstos, el mantenimiento y el crecimiento del cupo asignado son la base de sus ingresos. No se han encontrado evidencias del impacto de las formas de pago en el estado de salud de los pacientes (4).

Otras conclusiones que se han comunicado en relación a los sistemas de pago son (5): 1) Cuando el componente de pago por acto es mayor, disminuye el tiempo de consulta y el tiempo dedicado a otras actividades, como formación y coordinación con otros profesionales; 2) el pago por acto implica una menor duración media de las consultas, pero no implica, necesariamente, un aumento de las consultas sucesivas, siendo la edad y el sexo del paciente las variables claramente predictoras; 3) los médicos no asalariados hacen más visitas domiciliarias que los asalariados; 4) la edad del

Como pasa con el incentivo al ahorro en gasto farmacéutico, con el incentivo a la reducción de las IT se prima la cantidad, no la calidad

paciente, en relación directa; la edad del médico, en relación inversa, y las características del plan contratado tienen mayor efecto sobre la utilización y el coste de los servicios que la forma de pago al médico; 5) los pagos por acto tienen poco impacto en el consumo global de recursos; 6) no hay diferencias, respecto al gasto de farmacia, al uso de métodos diagnósticos o a la derivación a los especialistas en pacientes ancianos, en su último año de vida, tanto si son atendidos por médicos con pago por salario como si lo son por médicos en pago por acto; 7) el pago per cápita no siempre genera ahorro, ya que no se controlan las prescripciones del especialista, que suelen ser las más caras, o porque el ahorro en derivaciones puede resultar más costoso a la larga, recomendándose introducir incentivos concretos para actividades específicas; 8) los pacientes declaran mejor satisfacción con la asistencia recibida por médicos pagados por capitación que por médicos pagados por acto; 9) la población considera más importante tener un médico de cabecera al que pedir consejo o con quien consultar habitualmente («regular medical doctor») que tener un seguro; 10) cuando el médico recibe incentivos monetarios por su trabajo desciende la confianza que tienen en él sus pacientes, *ergo* la confianza en el médico es mayor entre los pacientes que desconocen cómo se le paga; 11) la satisfacción del médico está más relacionada con los incentivos ligados a la calidad del trabajo clínico que a la cantidad; 12) el control gerencial del presupuesto resta tiempo clínico a los médicos.

Incentivos ligados al cumplimiento de la cartera de servicios

Mediante la auditoría de las historias clínicas se introduce en atención primaria la cultura de la evaluación de la calidad, si bien referida ésta a las actuaciones que se registran y alusivas a informaciones

del proceso asistencial. Además del dato sobre cobertura poblacional para determinadas actividades, el cumplimiento de la cartera de servicios se verifica comprobando en las historias clínicas el asentamiento de los criterios que se han consensuado sobre la supuesta buena práctica asistencial o preventiva, las denominadas normas técnicas mínimas (NTM), las cuales se consideran válidas, fiables y aceptadas por los profesionales; cuentan con criterios normalizados que permiten homogeneizar la información y pautas de evaluación comunes que facilitan la comparación entre distintos proveedores.

La evaluación de las NTM se realiza asumiendo como ciertos datos sobre frecuencias de enfermedad que no se han obtenido mediante la monitorización continuada de la morbilidad en atención primaria de la zona o población de que se trate, sino que proceden de datos de declaración (caso de enfermedades infecciosas y/o vacunables), o de estudios realizados en otras poblaciones o países, o en otras circunstancias históricas, o del simple consenso entre expertos («dogmas de fe»). Los criterios sobre buena práctica clínica se han obtenido por el acuerdo entre los redactores de la norma, no proceden de la constatación empírica. Se asume que lo que no se registra es como si no se hiciera y que lo que se registra refleja el buen hacer. No se contempla que el registro es sólo una parte del ejercicio clínico, que el registro está muy influido por la carga asistencial y por la disponibilidad de ayudas en la consulta, y que se sobrevalora la importancia de algunas intervenciones y su frecuencia, induciendo un asistencialismo y medicalización innecesarios, costosos y peligrosos.

La evaluación puede que haya tenido la virtud de acostumbrar a los profesionales a la evaluación de la calidad y a las auditorías, pero también a costa de inducir una práctica clínica orientada a lo que hay que registrar, porque es por lo que se va a medir, que no siempre tiene por qué

No deja de ser preocupante la tendencia de algunos servicios de salud a incentivar por el cumplimiento de actividades que tradicionalmente han sido propias de la profesión

coincidir con lo que el paciente necesita, o con lo que el buen criterio clínico entiende como acertado. En la práctica, los profesionales que pueden cumplir mejor las NTM son los que tienen menos carga asistencial (medio rural), pero llega un momento en que es difícil elevar los niveles de cobertura (como si hubiera que conseguir pacientes a la fuerza) y mejorar el cumplimiento de las NTM, por lo que la negociación con los gestores por mantener el cobro del incentivo se resuelve en regateos a la décima o a la centésima del porcentaje de cumplimiento que se trate.

Este incentivo se suele aplicar al equipo, aunque la participación de los profesionales a la consecución de los objetivos pactados sea desigual, tanto entre profesiones (frecuentemente enfermería asegura que hace mayor esfuerzo que medicina) como entre miembros de la misma profesión. La pereza administrativa ha instalado durante más de diez años esta forma de evaluar, sin que se hayan aceptado modificaciones de criterios, ni se hayan introducido otras fórmulas más cercanas al conocimiento científico disponible y al análisis del resultado asistencial.

Un médico tipo de un centro tipo puede obtener por este concepto, aún sin cumplir al 100 % con todos los criterios, unos 1.000 €/año. El especialista tipo del hospital de al lado, o el directivo, puede obtener 5.000 €/año con otros criterios de evaluación que nada tienen que ver con la calidad asistencial o, siquiera, con la auditoría de las historias.

Incentivos al ahorro farmacéutico

En los últimos años el crecimiento del gasto farmacéutico con cargo a la sanidad pública ha sido una de las preocupaciones de los gestores, de los políticos, de los profesionales sanitarios y de la sociedad en general. Es una preocupación legítima, por cuanto el incremento desmesurado del gasto en medicamentos puede

ir en detrimento de otros gastos sociales igualmente deseables y necesarios.

Uno de los objetivos preferentes de los gestores y políticos es la mejora continua en la calidad de la prestación farmacéutica, mediante el incremento de la prescripción por principio activo, el fomento de políticas de uso racional del medicamento y el freno al crecimiento anual de la factura farmacéutica.

El método elegido para implicar a los profesionales en la consecución de los objetivos anteriores consiste en introducir en los contratos de gestión anuales unos créditos de asignación para el personal médico autorizado a prescribir en receta médica oficial, que preste sus servicios en equipos de atención primaria y que vengán siendo retribuidos con el concepto de productividad variable. A cada médico se le asigna un presupuesto de gasto en farmacia calculado sobre la base de su población adscrita, ponderando los distintos tramos de edad y el carácter de trabajador activo o de pensionista de los pacientes, de acuerdo con los criterios establecidos por los servicios centrales del servicio de salud correspondiente.

Si el gasto real del médico no sobrepasa el presupuesto asignado para el año, la cantidad que podrá obtener el facultativo será el 1% de su presupuesto de farmacia, siempre que se haya firmado el correspondiente contrato entre el director médico asistencial y el médico.

Sin embargo, si el ahorro es un objetivo de la organización asistencial, dicho objetivo empresarial compromete a todos los trabajadores, sin necesidad de buscar su firma, como ocurre con cualquier otro objetivo asistencial. Pedir la firma es perseguir un compromiso redundante ya que los médicos, sin tener que ser incentivados por ello, están obligado a prescribir, en primer lugar, lo que estimen más adecuado y beneficioso para los pacientes, y, en segundo lugar, dentro de lo más adecuado, beneficioso y a igualdad de eficacia y efectos adversos, los fármacos de menor coste económico

para la sanidad pública, contribuyendo a su sostenibilidad.

Es legítimo que el ahorro forme parte de la ética de la organización pública. En un contexto de limitaciones económicas en la disponibilidad de servicios sanitarios, el bien social que persigue todo servicio público hay que entenderlo tanto en su aspecto de la distribución de recursos (justicia distributiva) como de la repercusión que pueda tener la conducta individual en el conjunto de la sociedad o en las personas de su entorno. En este sentido compete al profesional tratar a todas las personas con la misma consideración y respeto, sin hacer discriminaciones, así como tratar de proteger a los más débiles mediante una actuación equitativa.

La persecución deliberada del ahorro puede ocasionar, de manera voluntaria o involuntaria, efectos secundarios indeseables en los pacientes, por los cambios en las presentaciones, formas, colores, envases, etc., de medicamentos, incluso con el mismo principio activo, y puede acarrear injusticias: negar a un paciente un medicamento al que tiene derecho (pacientes que manifiestan preferencias por las presentaciones de fantasía; pacientes afectados de hipocondría o manía).

Lo adecuado de una prescripción (la búsqueda, como fin principal de la misma, del beneficio para el paciente) y la oferta de un premio económico por el ahorro pueden entrar en conflicto de intereses, perjudicando a lo primero en aras de lo segundo (por ejemplo, no recetar fármacos más caros, aunque sean los indicados, por temor a sobrepasar el presupuesto asignado).

En un supuesto de reclamación contra la organización, la responsabilidad jurídica -penal, patrimonial o administrativa- del organismo denunciado se puede hacer extensiva al médico que firmó el acuerdo de incentivos.

Cuando los pacientes asocian que parte de los ingresos médicos pueden proceder del ahorro que efectúa su médico al negarle o cambiarle un medicamento, se producirán conflictos, pérdidas de confianza y deterioro de la relación médico-paciente. ¿Qué pensarán los pacientes cuando sepan que su médico les regatea medicinas porque sus ingresos pueden aumentar si ahorra? ¿Qué podrá decir el médico a sus pacientes cuando le reprochen que no les receta un medicamento porque le pagan por ahorrar?

Un médico tipo, de un centro de salud tipo, con un cupo grande podría percibir anualmente, si gasta por debajo de lo esperado y firma el compromiso, entre 5.000 y 5.500 €/año.

Si además de los alicientes internos los hubiera externos, como el pago de un incentivo, éstos deberían aplicarse discrecionalmente a todos los profesionales que cumplan con los objetivos. Algunos médicos que no firman el acuerdo están viviendo la situación como un elemento altamente desincentivador, que les está conduciendo a perder intensidad en la búsqueda de objetivos de racionalización de la prescripción, y de otro tipo de objetivos asistenciales, y está menoscabando los fuertes alicientes internos de su profesión, alicientes que tienen profundamente incorporados y que se resisten a perder a pesar de lo inmoral de esta medida de incentivación y de lo inmoral de algunas prácticas de compañeros de profesión para conseguir el incentivo, de las que seguramente las gerencias tienen conocimiento.

El disfrute de los incentivos externos no debe comprometer la motivación intrínseca del profesional

Incentivos vinculados al control de la incapacidad temporal

En el año 2006, algunos servicios autonómicos de salud han firmado un convenio con el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) mediante el cual el INSS se compromete a pagar al servicio de salud una cantidad de dinero por cada día de baja reducido en los pacientes en IT por 13 procesos comunes (depresión, lumbalgia, etc.), con la condición de que los médicos de atención primaria (y los inspectores, con otros criterios) reciban parte de ese presupuesto (aproximadamente el 70 % del presupuesto convenido).

Como es fácil suponer: 1) Los médicos con cupos pequeños tienen menos pacientes en IT y, por lo tanto, cobrarán poco. Algo parecido pasa con el incen-

tivo al ahorro farmacéutico. Aunque su calidad de prescripción sea buena, el 1 % de quienes tienen un presupuesto en farmacia bajo por tener cupos pequeños, o los pediatras, que suelen recetar poco, apenas percibirán por este incentivo; 2) independientemente del tamaño del cupo, los médicos que ejercen un control constante e intenso sobre sus pacientes en IT, logrando una duración media estable, recibirán un incentivo mucho menor que aquellos médicos que controlan menos las bajas y que, conociendo los criterios de incentivación, se aplicaron a la tarea de reducir su duración.

Como pasa con el incentivo al ahorro en gasto farmacéutico, con el incentivo a la reducción de las IT se prima la cantidad, no la calidad; en el caso de las IT sin necesidad de pedir al médico su acuerdo firmado.



trabajando para
promover
permitir
apoyar
día a día asegurar...

Hospital Comarcal de Laredo
Hospital Amigo de los Niños



Los incentivos mensuales recuerdan mejor que los anuales la necesidad de incorporar comportamientos de calidad

Un médico tipo (avisado), de un centro tipo, con un cupo de 1.500-1.700 personas, puede haber percibido en concepto de control de la IT entre 4.000-5.000 €/año; otro médico del mismo centro y cupo similar, que sea más minucioso en el control continuado de las IT, no habrá llegado a los 1.600 €.

La carrera profesional como respuesta

Las intenciones de los servicios autonómicos de salud al poner en marcha sus respectivas carreras profesionales hacen referencia a la conveniencia de promover procesos de cambios continuos de mejora de la calidad asistencial; de posibilitar políticas de personal que compatibilicen el desarrollo individual y la corresponsabilidad con los objetivos del sistema de salud; de valorar la calidad de la actividad y reconocer los méritos personales; de lograr una mayor identificación entre los modelos retributivos y la estrategia y valores de la organización y, finalmente, a conseguir un modelo de incentivos equitativo que relacione lugar de trabajo, aportaciones del profesional, resultados individuales y del equipo y que vincule las retribuciones con las actividades que añaden más valor.

Casi todas las comunidades autónomas han puesto en marcha su propio modelo de carrera profesional. En algunas también modelos de desarrollo o promoción destinados a trabajadores no sanitarios, para evitar conflictos derivados de los temidos agravios comparativos. La preocupación que subyace a la existencia de modelos distintos de carrera es, precisamente, la heterogeneidad de los mismos, que pueda afectar negativamente a la movilidad por el territorio nacional o que suponga diferencias salariales importantes, por lo que se espera que antes del 23 de noviembre de 2007 se produzca el reconocimiento mutuo de los sistemas de carrera profesional entre los diferentes servicios de salud.

Algunos inconvenientes de los modelos de carrera profesional son: 1) La ca-

rrera profesional se concibe como un mero medio de incentivación económica desigual; 2) introduce elementos variables en concepto en un proceso en sí mismo irreversible; 3) introduce elementos de incertidumbre en valoraciones que deberían ser más concretas; 4) introduce elementos de alta discrecionalidad cuando no de arbitrariedad (el 26% de la puntuación máxima es de índole valorativa subjetiva); 5) introduce elementos negativamente discriminatorios entre profesionales urbanos/rurales y los docentes/no docentes, cuando el acceso a dichas posiciones no son igualitarios (más bien son altamente selectivos); 6) se obvia intencionadamente la posibilidad de circulación de los profesionales por los diferentes ámbitos profesionales y el impulso y valoración de posibles trayectorias diversificadas en base a una carrera profesional (6).

Por una ética de los incentivos

Una reciente revisión sistemática sobre sistemas de incentivos basados en la calidad de los resultados asistenciales en el mundo, que analiza los efectos en la calidad de la motivación extrínseca sin tener en cuenta los efectos sobre la calidad intrínseca (satisfacción profesional), concluye con algunas recomendaciones sugerentes: 1) Frecuentemente lo que se consigue no es lo que se esperaba, por ejemplo, mejora más el registro o la documentación que la propia calidad asistencial de los servicios, por eso es recomendable un diseño cuidadoso de los incentivos; 2) los servicios con niveles peores de calidad son los que más mejoran, por lo que recomiendan mezclar los incentivos al aumento de la calidad con incentivos por lograr niveles preestablecidos; 3) son más recomendables los incentivos de proceso de atención que guardan una relación proporcional con mejoras en los resultados (puede servir de ejemplo la medición de la hemoglobina glicosilada como criterio de control de la diabetes); por otra parte, algunos indicadores de resultados pueden verse

modificados por el entorno y no siempre indican mejor calidad; 4) la cuantía de la compensación que hace efectivo un incentivo debería situarse por encima del 5% del sueldo anual; 5) los incentivos mensuales recuerdan mejor que los anuales la necesidad de incorporar comportamientos de calidad, y 6) los incentivos colectivos tienen menor efecto que los individuales (7).

En el Reino Unido, los efectos del pago de incentivos por calidad a los médicos de atención primaria confirma la hipótesis de que un efecto claro de los sistemas de incentivos es que mejoran la calidad de los registros; sin embargo, por una parte, con unas tasas de cumplimiento superiores a las esperadas, pueden amenazar la sostenibilidad financiera, y por otra, los casos excepcionales atendidos en consulta fueron el predictor de calidad más potentes. En todo caso, este estudio reafirma la necesidad de buenos indicadores y de buenos sistemas de información antes de introducir incentivos monetarios potentes (8).

La idea que subyace a la introducción de incentivos es que, como en España la organización de la asistencia primaria está bastante burocratizada, y en las organizaciones burocráticas los alicientes internos de los médicos no promueven la eficiencia, ya que éstos no soportan la responsabilidad económica de sus decisiones, ni son compensados por los ahorros que puedan conseguir (9), son necesarios estímulos externos para conseguir la eficiencia económica.

Sin embargo, la persecución obsesiva de la eficiencia económica en el uso de recursos sanitarios, mediante la búsqueda de las causas de variabilidad ineficiente, o la identificación de los sistemas de pago e incentivación más estimulantes, en aras de la calidad, puede encontrar algunas limitaciones: 1) No existe una norma científica para definir la importancia de la variabilidad, y no está claro si las variaciones indican uso inapropiado por exceso en las áreas de utilización elevada o por defecto (subprovisión de cuidados) en las áreas de baja utilización; 2) los médicos no intentan lograr los máximos beneficios económicos que les permiten la aplicación de incentivos («maximalizar sus ingresos»), sino que se acomodan a las prácticas en las que tienen más capacidad de decisión, como el número de servicios diagnósticos y te-

rapéuticos por consulta o las derivaciones (10); 3) pueden aumentar las desigualdades (o la ley de cuidados inversos) porque se busca el cumplimiento en los sectores de población más accesible, o se centran en los criterios más fáciles de medir, o en aspectos que no influyen directamente en cambios de salud (11).

A la vista de las consideraciones expuestas en este texto sobre ventajas, inconvenientes y precauciones sobre la introducción de incentivos externos, y teniendo en cuenta las características de los incentivos comúnmente aplicados en nuestro país, podemos concluir que el incentivo más potente es el ligado a la carrera profesional (puede alcanzar más del 5% del salario anual en los niveles más altos de carrera), puesto que el resto de incentivos, por separado (ahorro farmacéutico, control de las IT y cumplimiento de cartera), no llegan a ese porcentaje en los cupos habituales, salvo, quizá, en el primer año de aplicación y para aquellos equipos (cartera de servicios) o médicos con indicadores de partida malos (caso de la IT o de la factura farmacéutica).

Despiertan más interés los incentivos individuales (IT, fármacos) que los colectivos (cartera), porque los primeros pueden ser más cuantiosos, con lo cual se resiente la cohesión de los equipos humanos. Además, y lamentablemente, se acaba prestando menor atención a los objetivos de cartera de servicios, mediante el simple relleno de datos, aunque este incentivo esté más vinculado a la calidad que el control de la IT o del gasto en medicamentos -que son más económicos- por cuanto algunos de los indicadores de proceso sí pueden estar relacionados a largo plazo con mejoras en los resultados. Con unos incentivos y con otros se pueden producir inequidades, porque se ejerza más presión sobre los pacientes más vulnerables (pobres, incultos) que sobre los que hacen un uso más autónomo de los servicios.

Sólo en algunas comunidades autónomas y para el caso de la carrera profesional se reparten los incentivos mensualmente, método éste más estimulante de la calidad que el pago anual.

Quizá el efecto perverso más notorio achacable a estos incentivos, de forma muy clara al pago por control de las IT y por el ahorro farmacéutico y en menor medida al incentivo de carrera y al cumplimiento de cartera, es el efecto desin-

centivador sobre los buenos médicos clínicos que mantienen unos estándares de calidad uniformes, ya que las formas de cálculo actuales o no les compensa como se merecen, porque se premia sobre todo la mejora en quienes parten de indicadores peores (IT, gasto farmacéutico e indicadores de prescripción), o se utilizan criterios discutibles, porque no se corresponden con las buenas prácticas clínicas, o están desfasados, o no reflejan con fidelidad resultados asistenciales, como en el caso de las NTM de la cartera de servicios.

En el caso de la carrera profesional, los buenos médicos, los que se mueven sobre todo por los bienes internos a la profesión, desearían que la recompensa por sus buenos oficios y años de dedicación no se redujera a un estímulo económico, sino que pudiera intercambiarse por otros criterios de incentivos, como disponibilidad de horas para dar o para recibir formación, tiempo exento de asistencia para otras tareas (docencia, tutorías MIR, interconsultas con hospital, actividades de gestión, investigación), o por tiempo ganado para la vida privada.

Hay que tener mucho cuidado con la posible expulsión de la motivación intrínseca (como el gusto por el trabajo, el profesionalismo y la reciprocidad) al introducir incentivos explícitos externos, y más cuidado todavía en sustituir normas sociales o profesionales correctas (reglas de juego que compatibilicen intereses sociales e individuales) por transacciones de mercado (12). No deja de ser preocupante la tendencia de algunos servicios de salud a incentivar por el cumplimiento

de actividades que tradicionalmente han sido propias de la profesión, con la anuencia de las sociedades profesionales y de los sindicatos del sector, cuando estas actividades deberían realizarse como parte inherente de la práctica habitual y como señas de identidad profesional.

Para concluir, dado que no hay un sistema de pago perfecto, lo más recomendable parece atribuir al salario la mayor parte del salario del médico (en torno al 60%) y el resto completarlo con los componentes capitativos que se consideren (entre el 25-30%) y con complementos a la realización de actuaciones clínicas, con especial reconocimiento a la polivalencia (entre el 10-15%). La carrera profesional individual deberá perfeccionar su diseño, tanto en criterios a medir como en homogeneidad y compatibilidad entre servicios de salud y en criterios de recompensa. El resto de incentivos deberían intentar comprometer a equipos humanos y librarse por periodos inferiores a un año (preferentemente mensuales o trimestrales). Los incentivos a la reducción de la IT y de la factura farmacéutica deberían desaparecer como tales a favor de estándares de calidad. Para medir la calidad de la cartera de servicios, deberían proponerse indicadores realistas, que no induzcan el asistencialismo, obtenibles de manera objetiva mediante sistemas de información rutinarios y lo más cerca posible de una buena identificación de resultados en salud (13). En todo caso, el disfrute de los incentivos externos no debe comprometer la motivación intrínseca del profesional. ■

Bibliografía

- 1 Cortina A. Universalizar la aristocracia. Por una ética de las profesiones. CLAVES de razón práctica 1997; 75: 46-52.
- 2 Gracia D. Consideraciones éticas de la gestión sanitaria. En: Del Llano et al. Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson, 1998.
- 3 Gervas J, Ortún V. Propuesta de incentivos para una medicina general por cuenta ajena. Gac Sanit 1996; 10: 34-39.
- 4 Gosden D, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A et al. C, salary, fee-for service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software.
- 5 Palomo L. Pagar a los médicos. «Salud 2000» 2000; 78: 6-10.
- 6 Capacete LD. La carrera profesional en Cataluña. «Salud 2000» 2006; 105: 14-17.
- 7 Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does Pay-for-performance improve the quality of health care? Ann Intern Med. 2006; 145: 265-72.
- 8 Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U et al. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. N Engl J Med. 2006; 355: 375-84.
- 9 Ortún V. La economía en sanidad y medicina: instrumentos y limitaciones. Barcelona: Euge, 1990.
- 10 Krasnik A, Groenewegen PP, Pedersen V, Scholten P, Mooney G, Gottschau A et al. Changing remuneration systems: effects on activity in general practice. Br Med J 1990; 300: 1698-1701.
- 11 Elkan R, Robinson J. The use of targets to improve the performance of health care providers: a discussion of government policy. Br J General Practice 1998; 48: 1515-18.
- 12 Ortún V. Los incentivos para la mejora de la calidad en los servicios de salud. Rev Calidad Asistencial 2007; 22 (1): 1-6
13. Soto J. Medicina basada en resultados en salud: la evolución lógica de la medicina basada en la evidencia. Med Clin (Barc). 2007; 128(7): 254-5.