



# Incentivos grupales como motor de cambio

**DAVID MAGEM**

Responsable de Control de Gestión, Gerencia de Farmacia i del Medicamento del CatSalut.

Calcular presupuestos puede llegar a ser una tarea relativamente fácil. Trasladar esos presupuestos a un sistema de incentivos para conseguir un fin es más complejo. En este artículo, se comentan 3 cambios aplicados en el modelo de asignación de presupuestos y corresponsabilización sobre el gasto farmacéutico en Catalunya. Unos cambios que avanzan en la línea de potenciar los incentivos grupales con el fin de mejorar una atención centrada en el paciente, y fomentar la calidad y eficiencia de la prescripción.

---

**KEY WORDS:** gasto farmacéutico, asignación de presupuestos, incentivos, coordinación asistencial, eficiencia.



## INTRODUCCIÓN

El medicamento es una tecnología sanitaria transversal, un recurso de utilización en prácticamente todas las líneas asistenciales. Y por este motivo hay que tener en cuenta su importancia en cuanto a su correcta utilización, tanto por los problemas de salud que pueden generar su utilización inapropiada (según las últimas conclusiones del “Congreso Nacional de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria - 2015”, los efectos secundarios relacionados con los medicamentos son la 5ª causa de mortalidad en España y generan hasta 7 veces más mortalidad que los accidentes de

tráfico), así como para la optimización de los recursos económicos (el gasto farmacéutico representa más de una cuarta parte del gasto público en salud y alrededor del 1% del PIB catalán).

El principal objetivo en el ámbito de la gestión de la prestación farmacéutica del CatSalut es desarrollar una política farmacéutica y del medicamento de forma integral e integrada con el resto del sistema sanitario y sectores productivos, que fomente el uso racional, seguro y adecuado de los medicamentos y los productos sanitarios, y que promueva la gestión eficiente de la prestación farmacéutica para contribuir a la sostenibilidad del sistema.



La fijación de presupuestos sobre el gasto farmacéutico a las entidades proveedoras con una transferencia de riesgo (el grado de cumplimiento del presupuesto tiene un impacto económico sobre sus contratos<sup>1</sup>) es uno de los instrumentos de gestión de la prestación farmacéutica.

Cuando se pretende asignar presupuestos, de entrada hay que dar respuesta a tres preguntas clave:

- ¿Cuánto dinero tengo para repartir? (presupuesto total)
- ¿Cómo lo reparto? (modelo de asignación)
- ¿Cómo incentivo? (modelo de corresponsabilización)

Dar respuestas claras a todas ellas es importante porque acabaran condicionando el resultado que se persigue. Un presupuesto alejado de la realidad o un modelo de asignación inexacto pueden hacer fracasar el modelo de incentivos. El grado de credibili-

dad y compromiso por parte de los que tienen que asumir el presupuesto, así como garantizar un modelo que no genere comportamientos indeseados, son factores que están en juego.

Con independencia del ámbito en cuestión, un modelo de asignación de presupuestos con transferencia de riesgo debe:

- ser creíble.
- premiar comportamientos eficientes.
- asegurar la sostenibilidad del sistema.
- garantizar la calidad asistencial.
- evitar que se perpetúen comportamientos ineficientes y minimizar los efectos perversos.
- alcanzar un nivel de incentivos adecuado.

Todo modelo de incentivos (acción) genera unos mecanismos de actuación (reacción) así que no tener en cuenta estas premisas puede conducir a una perversión del modelo y a observar resultados no esperados.

## MODELOS DE ASIGNACIÓN DE PRESUPUESTOS Y DE CORRESPONSABILIZACIÓN SOBRE EL GASTO FARMACÉUTICO: ORÍGENES Y SU EVOLUCIÓN

Aunque condicionada por ciertas limitaciones, ya en la década de los 90 se asignaban presupuestos a farmacia de atención primaria. Entonces eran escasos los sistemas de información que podían suministrar datos adecuados para elaborar presupuestos ajustados a la realidad asistencial, lo cual, condicionaba notablemente la selección de variables empleadas en la modulación del presupuesto histórico, o en la determinación de indicadores de calidad de prescripción.

Progresivamente se fue avanzando en la solución de estas limitaciones. Desde la implantación de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) en octubre de 2001, uno de los objetivos prioritarios del Sistema Sanitario de Catalunya fue disponer de datos sobre la prestación farmacéutica relacionada con características de la población. Durante el 2002, el nivel de captación medio del código de identificación personal (CIP) en las farmacias ya era del 98%. Este escenario hacía posible relacionar consumo con variables como la edad o el género permitiendo en el año 2003 realizar una asignación presupuestaria en base a cápita. Una asignación que fue vista como más justa y equitativa por parte de los proveedores. A lo largo de los años y hasta 2014 se fueron añadiendo mejoras en la metodología en base a la experiencia que se iba adquiriendo y que permitían incrementar la precisión de los cálculos, aunque las bases del modelo continuaban siendo las mismas.

En el 2014 se constituyó un grupo de trabajo para que analizara el modelo actual y propusiera los cambios que considerase necesario aplicar en 2015.

Todo modelo de incentivos (acción) genera unos mecanismos de actuación (reacción)



## 2015: PRIMER PASO HACIA UN NUEVO MODELO DE CORRESPONSABILIZACIÓN DEL GASTO EN RECETAS MÉDICAS

Si bien la fórmula de cálculo de los presupuestos del 2015 continuó pivotando en base a una asignación por cápita teniendo en cuenta la edad, el género y el nivel de aportación (modelo de co-pago en función de la renta aprobado por el RD 16/2012), a partir de las conclusiones del grupo de trabajo específico que se constituyó en 2014, se introdujeron cambios importantes en el modelo de corresponsabilización.

Concretamente se vio la necesidad de avanzar con la aplicación de 3 grandes cambios:

### 1. Asignación de presupuestos por territorios en toda Catalunya

Se dejan de asignar presupuestos por equipos de atención primaria, hospitales, centros de salud mental, etc., y se pasa a un modelo de asignación por territorios. Cada uno de los 43 territorios, configurados cada uno de ellos por diferentes entidades proveedoras y líneas asistenciales, tenía su propio y único presupuesto. Se introducen, por tanto, los incentivos grupales bajo el concepto de equipo: o todos ganan o todos pierden.

### 2. El gasto sigue al paciente

Se imputa a cada territorio el gasto generado por sus pacientes, con independencia de donde se haya realizado la receta. Gracias al elevado grado de implantación de la receta electrónica y a la informatización de la receta en papel en el momento de la dispensación, este cambio es posible desde el punto de vista técnico.

### 3. Reparto de beneficios/imputación de pérdidas en base a la calidad

Como los equipos de atención primaria, hospitales, centros de salud mental, etc., dejan de tener un presupuesto propio individual y los territorios están configurados por diferentes entidades proveedoras, es necesario definir un modelo de reparto de beneficios

(o imputación de pérdidas) a nivel de centro (EAP, hospital, centro de salud mental, etc.) que sea compatible y trasladable al modelo de contratación de prestación de servicios del CatSalut.

En este sentido, y partiendo de la relación existente entre calidad/eficiencia de la prescripción y el resultado del balance presupuestario, se propone un modelo de reparto de beneficios / imputación de pérdidas entre los centros de cada territorio basado en indicadores de calidad y eficiencia. Por ejemplo, para los centros de atención primaria de un territorio con balance presupuestario positivo, cuanto mayor sea su Índice de Calidad de la Prestación Farmacéutica más reciben por habitante (se ilustra ejemplo en figura 1). Y viceversa, en caso de balance presupuestario negativo: cuanto mayor sea su Índice de Calidad de la Prestación Farmacéutica menos pagan por habitante.

De los tres cambios mencionados, el primero y el tercero ya han sido aplicados en 2015. El segundo no es trivial. Es necesario una adaptación de los sistemas de información y hay un cambio conceptual importante que necesita su tiempo de maduración: asumir el gasto que ha generado un tercero.

## TRES REFLEXIONES

Detrás de estos tres cambios, se pueden extraer tres reflexiones de hacia dónde estamos avanzando.

### **Primera reflexión:**

#### **Las decisiones se toman donde hay más y mejor información.**

Hay particularidades del entorno de los equipos de atención primaria, hospitales,... que los modelos estadísticos no pueden corregir y que provocan errores técnicos de asignación cuando se quieren realizar a este nivel de desagregación. Cada centro tiene su propia realidad.

Pero más allá de estos aspectos técnicos, la pregunta que nos planteamos es si es adecuado definir presupuestos sobre gasto farmacéutico para centros de segunda línea de atención sanitaria como hospitales (por las recetas generadas en consultas externas y urgencias), centros de salud mental, socio-sanitarios, etc., unos centros cuya actividad durante el ejercicio estará condicionada por variables que ellos no pueden controlar (p.e. los cambios en el nivel de resolución de la atención primaria de su entorno).

Por unos motivos u otros, al destinar los recursos a un territorio, sin parcelarlos por líneas asistenciales o centros, se mitigan los errores técnicos y se “delega” en el territorio la toma de algunas decisiones. Lo importante es que cada territorio defina, según su demanda, oferta de recursos y particularidades propias (p.e. geográficas o demográficas), el mejor modelo asistencial y rutas para cada patología / tratamiento o tipo de paciente.

### **Segunda reflexión:**

#### **Atención centrada en el paciente**

Si todos los profesionales de diferentes entidades proveedoras y líneas asistenciales de un territorio están bajo el mismo presupuesto, cobran importancia conceptos como: gestión integral, optimización de la resolución, trabajo en equipo, conciliación de tratamientos, coordinación entre profesionales y continuum asis-

**catsalut**



## TRES GRANDES CAMBIOS

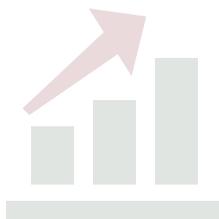
Con estos tres cambios se lanzan unos mensajes claros:

- Una atención centrada en la persona y el territorio donde reside: atención integral e integrada.
- Una mayor resolución de la atención primaria.
- Una mejor coordinación entre niveles asistenciales garantizando un continuum asistencial.
- No competencia por recursos económicos sino compararse en calidad y eficiencia.
- Se fomenta la revisión y conciliación de tratamientos disminuyendo los problemas relacionados con los medicamentos.

FIGURA 1

SI EL TERRITORIO OBTIENE UN BENEFICIO A FINAL DE AÑO

SUPUESTO 1 (BENEFICIO DEL TERRITORIO "X")



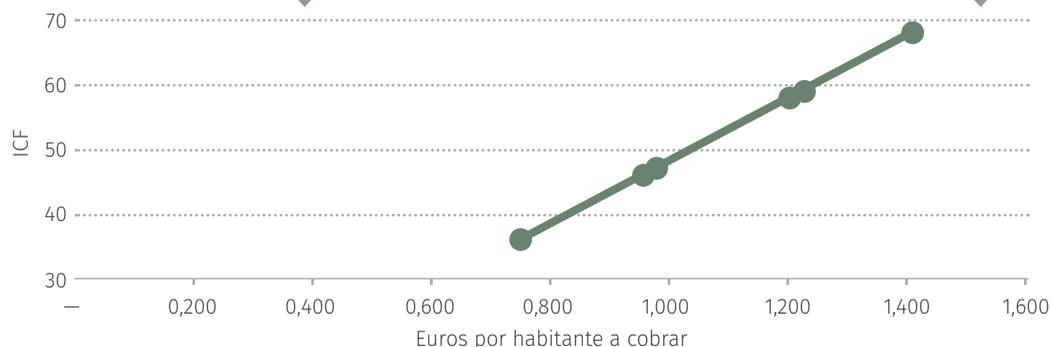
Gasto 2015 Territorio X	26.000.000 €
GMA 2015	28.000.000 €
Balance	2.000.000 €
Riesgo (10%)	10%
<b>Beneficio neto a repartir</b>	<b>200.000 €</b>

REPARTO ENTRE LINEAS SEGÚN GASTO 2014



	Peso	Importe
Gasto 2015 Territorio X	85%	<b>170.000 €</b>
GMA 2015	12%	24.000 €
Balance	3%	6.000 €

EAP	ICF 2015 (evaluación que se hace en febrero de 2016)	Habitantes 2015	HAB x ICF	PESO	A cobrar final (Peso x Importe a repartir)	€ a cobrar por HAB
EAP 1	68	28.859	1.962.412	24%	40.481	1,40
EAP 2	59	13.266	782.694	9%	16.145	1,22
EAP 3	58	22.902	1.328.316	16%	27.400	1,20
EAP 4	58	14.270	827.660	10%	17.073	1,20
EAP 5	47	30.521	1.434.487	17%	29.591	0,97
EAP 6	46	34.313	1.578.398	19%	32.559	0,95
EAP 7	36	9.091	327.276	4%	6.751	0,74
<b>TOTAL (ICF=MEDIA)</b>	<b>53</b>	<b>153.222</b>	<b>8.241.243</b>	<b>100%</b>	<b>170.000</b>	<b>1,11</b>



El EAP 1, con un ICF de 68 (sobre 100) recibe 1,40 euros por habitante. Por otro lado, el EAP 7, con 36 puntos recibe poco más que la mitad (0,74 euros por habitante)

EAP: Equipo de atención primaria; GMA: Gasto Máximo Asumible; HAB: Habitantes; ICF: Índice de Calidad de la Prescripción Farmacéutica

tencial. En definitiva, se favorece una atención centrada en el paciente y que éste no sea percibido como una fuente de generación de gasto.

Además, si “el gasto sigue al paciente” se introducen implícitamente dos conceptos positivos en toda gestión de servicios: cartera de pacientes y fidelización del paciente. Y al querer tener un mejor control del gasto se genera una importante sinergia positiva si tenemos en cuenta que parte de este control pasa en parte por la revisión de tratamientos, favoreciendo así la seguridad clínica y reduciendo los problemas relacionados con los medicamentos.

### **Tercera reflexión: en qué debemos compararnos...**

Los ciudadanos esperan de un sistema sanitario, al que contribuyen con sus impuestos, que sea capaz de satisfacer sus necesidades en términos de resultados en salud y que alcance sus expectativas en cuanto a la calidad asistencial. Y a toda la sociedad nos preocupa que esto se haga de forma eficiente para garantizar la sostenibilidad del sistema.

Parece lógico pues que la comparación entre profesionales se centre en la calidad y eficiencia de la prestación, teniendo en el punto de mira a los mejores y aprendiendo de sus prácticas (benchmarking). Repartir beneficios o imputar pérdidas por centros de un mismo territorio en base a la calidad/eficiencia es un refuerzo para avanzar en esta línea.

## **RETO DE FUTURO**

En general, conseguir que los equipos se mantengan unidos no es fácil. Mantener la filosofía de equipo: “o todos ganan o todos pierden” se podrá conseguir si los esfuerzos se ven recompensados, ya sea a corto o a largo plazo. En este sentido, sería ideal que se vislumbrara un escenario futuro en el que todos han conseguido llegar a su meta y donde todos los territorios cumplan su presupuesto. Un escenario en el que sólo haya ganadores.

- 
- 1 El modelo sanitario catalán se concretó en 1990 con la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC). Esta ley creó el Servicio Catalán de la Salud consolidando un sistema sanitario mixto que integraba en una sola red de utilización pública todos los recursos sanitarios (sean o no de titularidad pública), y que recogía una tradición de entidades (mutuas, fundaciones, consorcios y centros de la Iglesia) históricamente dedicadas a la atención de la salud. Esta separación de funciones entre la financiación (CatSalut) y la provisión (entidades proveedoras) hace necesario el establecimiento de contratos de prestación de servicios entre ambas partes. Más información en [http://salut-web.gencat.cat/ca/el\\_departament/model\\_sanitari\\_catala](http://salut-web.gencat.cat/ca/el_departament/model_sanitari_catala)).