

<http://bit.ly/2seDA4e>

**7ª Jornada Regional de Economía de la Salud
Murcia**

Los Incentivos ligados al desempeño

Dr. José Ramón Repullo Labrador
Departamento de Planificación y Economía de la Salud
Escuela Nacional de Sanidad
Instituto de Salud Carlos III. Madrid
jrepullo@isciii.es

índice

1. ***Alineando objetivos de la organización y los intereses de los empleados.***
2. ***Coordinar y motivar... en la micro-gestión de la sanidad: gestión de profesionales... ¿misión imposible?***
3. ***Incentivos específicos: ¿Se puede influir eficazmente en el cambio del comportamiento?***
4. ***Pago por Desempeño*** (P4P = Pay for Performance). *Reflexiones en torno a la experiencia acumulada.*
5. ***¿Y nuestro “pago por desempeño” en el SNS?***
6. ***El debate de los incentivos específicos en organizaciones profesionales (y sanitarias)***



1

***Alineando objetivos
de la organización y
los intereses de los
empleados.***



objetivos

organización



Le atribuyen a Confucio el dicho de que

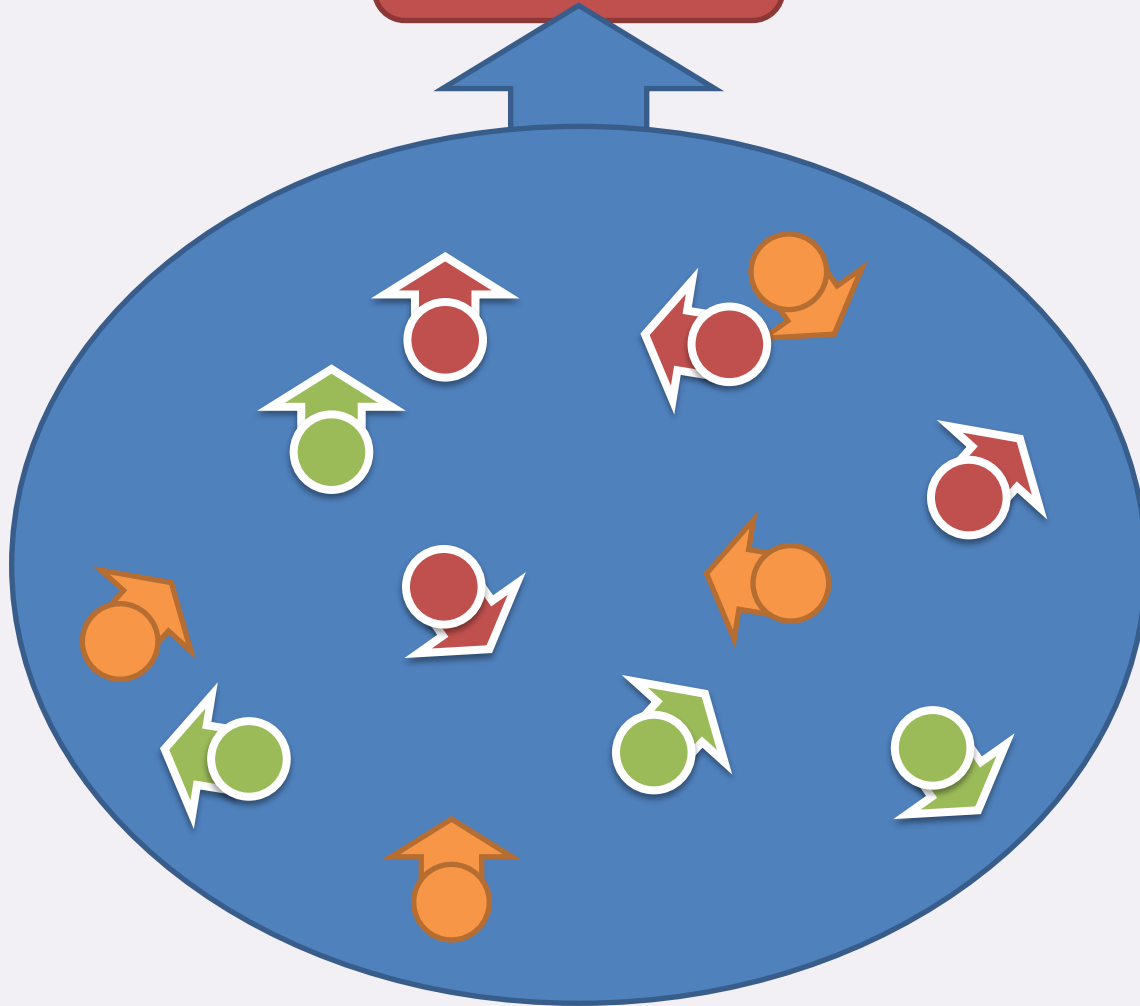
... "tres cosas son necesarias para poder gobernar: armas, comida y confianza.

Si no se pueden tener las tres, se debe abandonar primero las armas y, en segundo lugar, la comida".

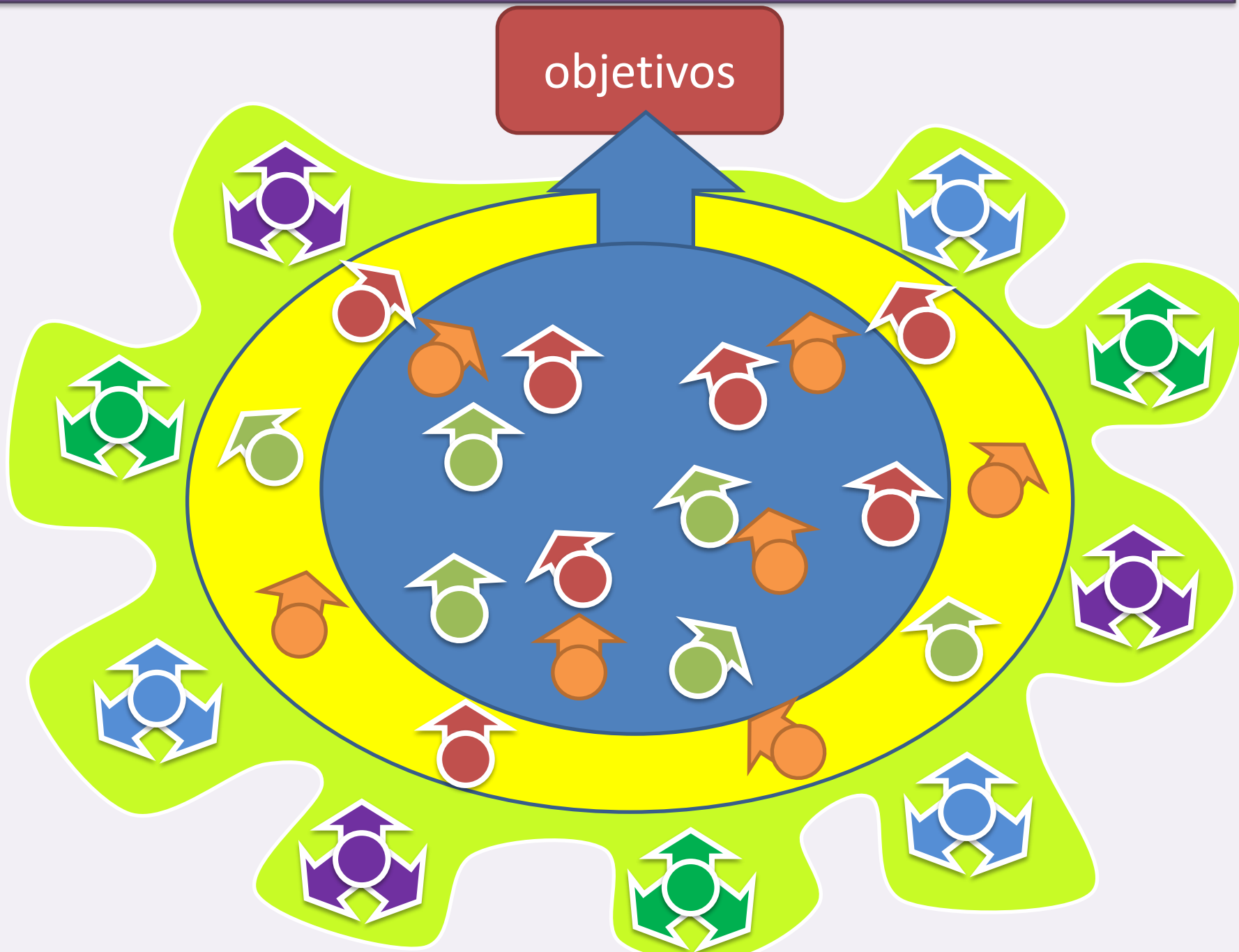
Albert Jovell

<http://elpais.com/diario/2005/05/10/salud/1115676008850215.html>

objetivos



Las Organizaciones tienen empleados con diferente nivel de vinculación y dedicación



Para poner en marcha una organización productiva hacia sus objetivos,
se precisa fomentar dos dimensiones del desempeño laboral

APTITUD

Conocimientos
Habilidades y Destrezas
Organización

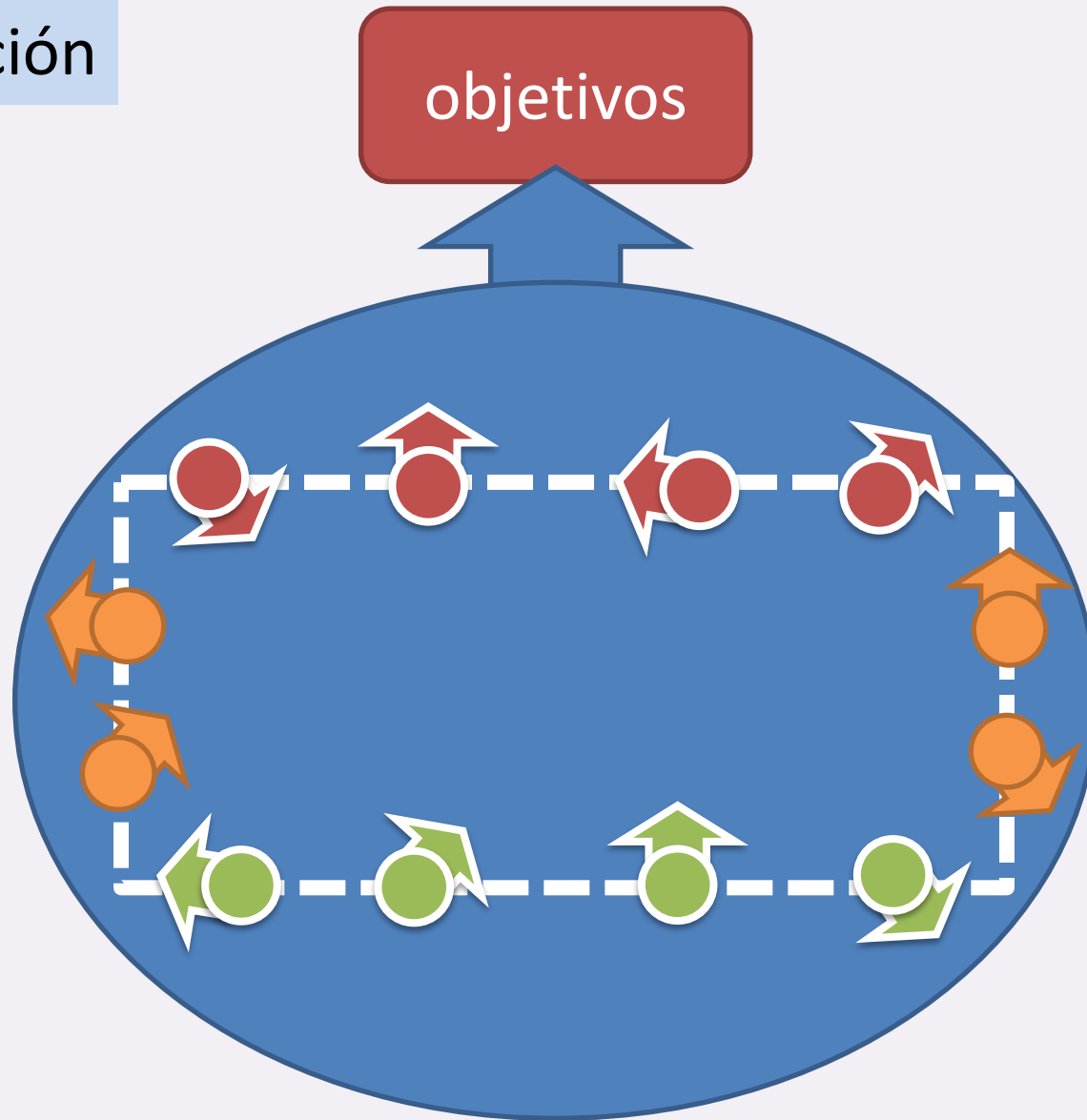
ACTITUD

Atención, interés, esfuerzo,
ganas... , Motivación



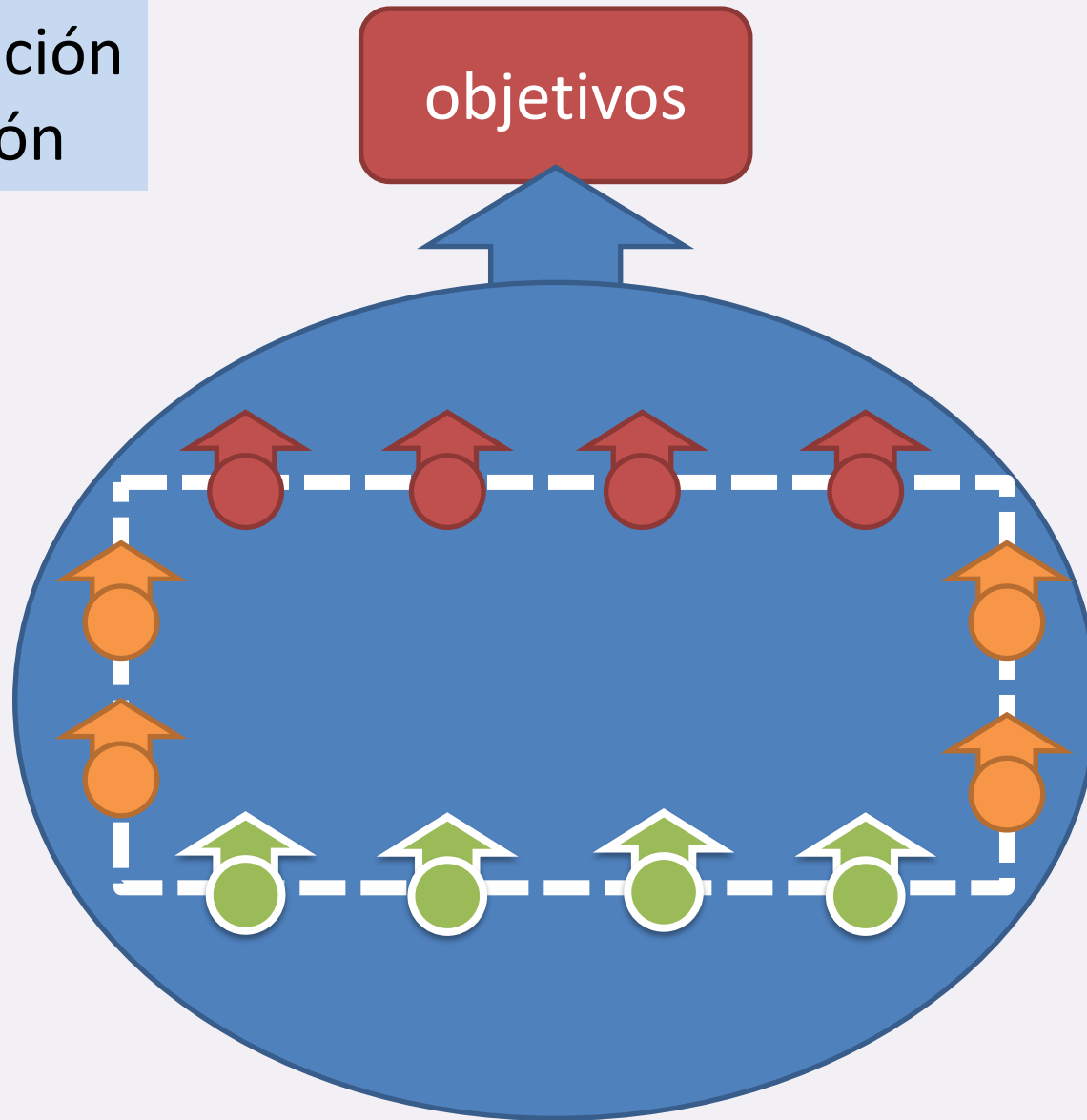
GESTIÓN

a) Coordinación



GESTIÓN

- a) Coordinación
- b) Motivación



LA DIRECCIÓN DE LAS ORGANIZACIONES

- **Planificar** (diseñar un determinado proceso para producir un bien o servicio);
- **Organizar** (establecer qué tipo de personas y medios estarán implicados en el desarrollo de procesos, y cómo se integrarán y coordinarán las tareas);
- **Asignar e integrar Recursos Humanos** (“staffing” en inglés, que implica buscar las personas apropiadas para cada tarea definida);
- **Dirigir** (“leading” en inglés, que implica la función de mando, coordinación, motivación y resolución de incidencias en el desarrollo de procesos);
- y **Evaluar** (“controlling” en inglés, que analizar los resultados conseguidos en relación con los previstos, y eventualmente replantear el diseño o el desarrollo del proceso).

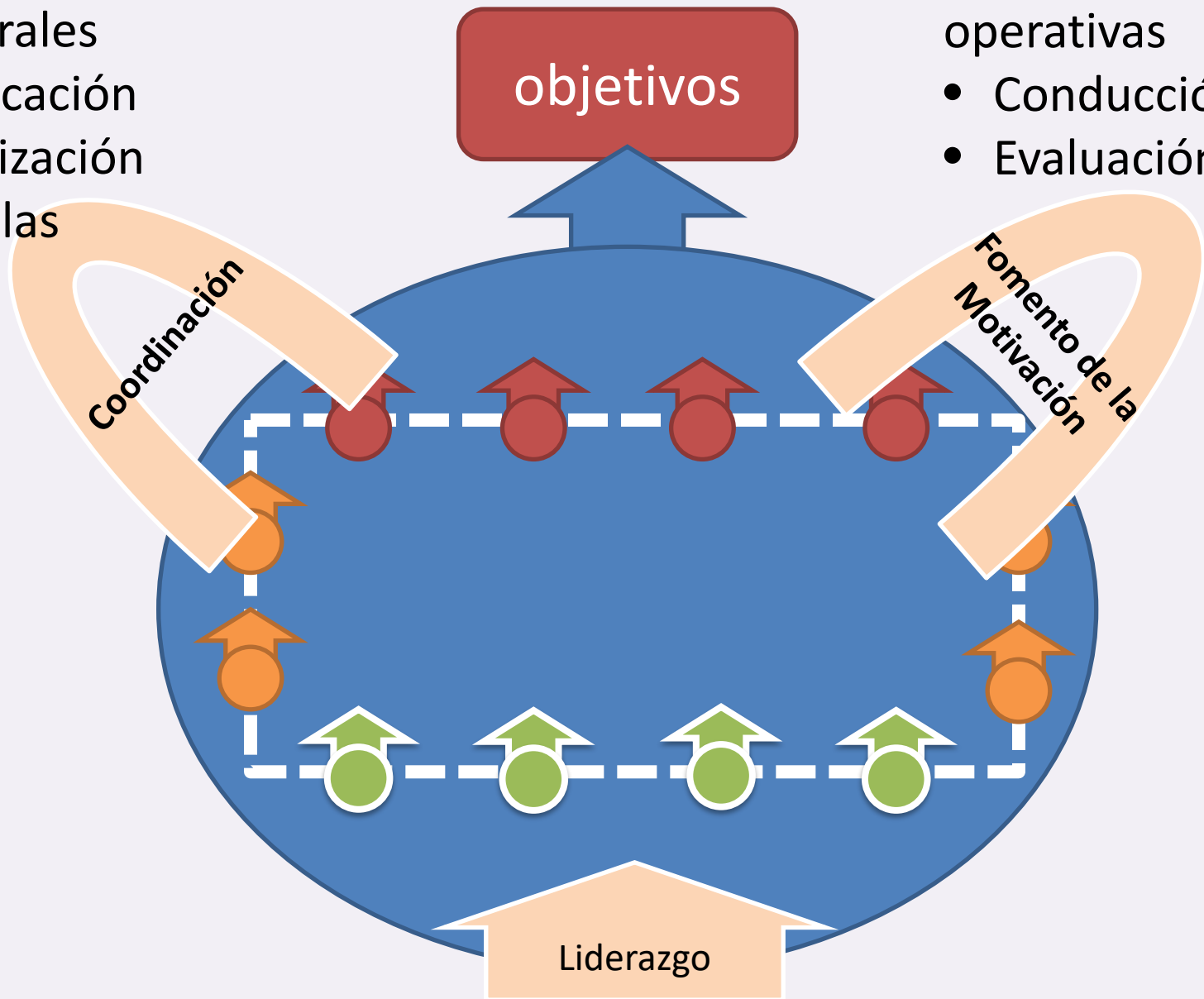


Funciones Directivas estructurales

- Planificación
- Organización
- Plantillas

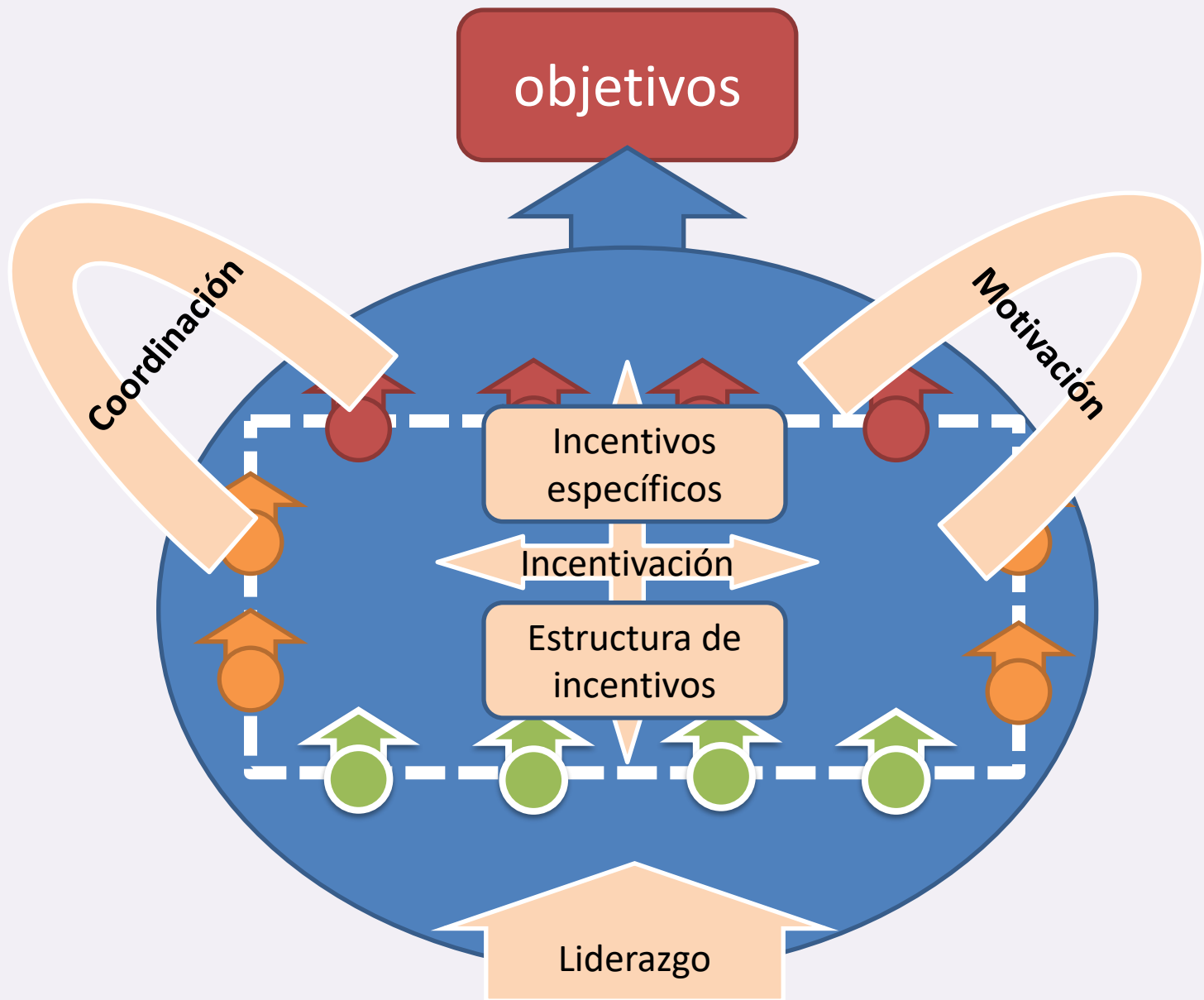
Funciones Directivas operativas

- Conducción
- Evaluación



Funciones Directivas intangibles

- Liderazgo





2

***Coordinar y
motivar... en la
micro-gestión de la
sanidad: gestión de
profesionales...
¿misión imposible?***

Estructura de incentivos en microgestión: el reino de la complejidad

- **Motivadores transversales:**
 - Vinculación contractual del personal
 - Retribución
 - Condiciones de trabajo, turnicidad y penosidad
 - Clima laboral y capacidad de apoyo mutuo
- **Motivadores longitudinales:**
 - Control interno y modulación de tiempo e ingresos
 - Reputación y presentabilidad social
 - Progresión y Promoción
 - Capitalización externa (retornos tangibles)
 - Realización personal y social (retornos intangibles)



Soy eventual

Gano apenas 600 €

Noches y findes...

Jefe tóxico y compis canallas

Soy fijo

Gano 2000 €

Mañanitas sólo

Una gran familia



¡Me hice médica de familia para tener un trabajo, y luego me he tenido que hacer médica del trabajo para poder tener una familia!



Ni me he podido tomar tranquilo el café
No sé como pagar esta multa de tráfico

Nos apañamos entre nosotros las tardes
Me hago unas peonadas y compro una guardia

Limpio las oficinas...

Salvo vidas en la unidad de trasplante todas las
semanas

Toda mi vida de FEA y en consultas...

Me hacen jefe en un plis plas o me monto una
unidad de fantasía... o ambas cosas

Por no haber no hay ni privada por la tarde

Aquí tienes oportunidades de conocer gente y
hay ensayos clínicos y conferencias a mogollón

No ayudo a nadie ni sé que hago aquí

Se gana poco, pero en esta ONG siento que
hago cosas importantes para los demás...

Las cosas se hacen a través de las personas

Las políticas de personal son la parte central del gobierno estratégico de una organización o una institución

HACE AÑOS QUE YENGO
DICIENDO QUE «LOS EMPLEA-
DOS SON NUESTRO BIEN MÁS
VALIOSO».

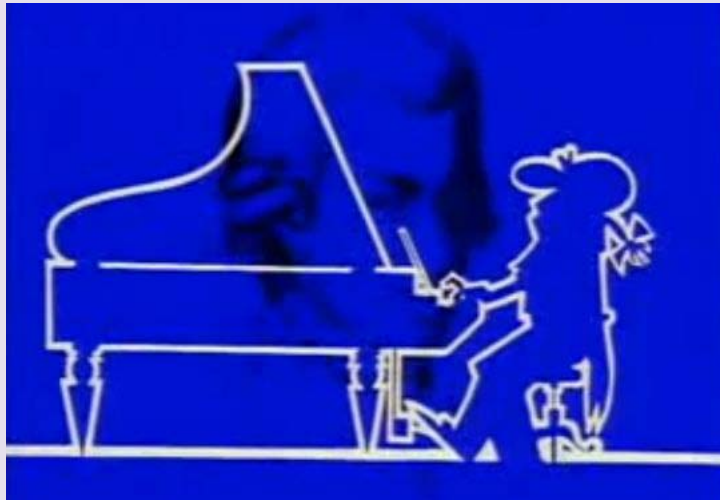
AHORA RESULTA QUE ME
EQUIVOQUÉ. EL DINERO ES
NUESTRO BIEN MÁS VALIOSO.
LOS EMPLEADOS OCUPAN EL
NOVENO LUGAR.

ME DA MIEDO PRE-
GUNTARLE CUÁL
ES EL OCTAVO EN
IMPORTANCIA.

EL PAPEL
DE CALCO.

¿Cómo ajustar la persona correcta al puesto correcto?

- El talento natural
 - Toda persona acaba (con suerte) haciendo la segunda o tercera cosa que mejor sabe hacer



- Learning by Doing: lo habitual



Relatividad de los Sueldos

- Un salario realmente mínimo
 - Es el que permite la subsistencia y reproducción de la mano de obra
 - Proletario: Roma imperial: proletarii eran los ciudadanos de la clase más baja, que no tenían propiedades y solamente podían aportar prole (hijos) para engrosar los ejércitos del imperio.
- Un salario “adecuado”
 - Es justamente la retribución que desalienta a un trabajador para irse a otra empresa
 - Mercados laborales - profesionales / acción sindical / acción empresarial
- Un salario “justo”
 - Implica una referencia al reparto del valor añadido entre rentas del trabajo y del capital, y la desigualdad entre las rentas

≡ EL PAÍS 

ECONOMÍA

[ECONOMÍA](#) [EMPRESAS](#) [MERCADOS](#) [BOLSA](#) [MIS AHORROS](#) [VIVIENDA](#) [TECNOLOGÍA](#) [OPINIÓN/ANÁLISIS](#) [BLOGS](#) [EMPLEO](#) [FORMACIÓN](#) [TITULARES](#) »

Suiza rechaza limitar los grandes salarios

La iniciativa 1:12, promovida por los socialistas, solo cosecha el 35% de los votos

Se planteaba evitar que ningún directivo gane más de 12 veces lo que el empleado peor pagado

¿Cómo mantener la motivación en las distintas etapas de la vida?

- En muchos trabajos conviven tres generaciones, con diferencias personales, profesionales, familiares, sociales...
- ¿Qué pegamento puede mantenerlas unidas y enriqueciéndose mutuamente?

Yo soy especialista en medicina familiar y comunitaria por la vía MIR, y creo en la atención primaria basada en la evidencia y en los PAPPS

Y yo llevo 30 años de médico general en este pueblo... aquí me gustaría verte a ti en invierno...

¿Nos incentivan las mismas cosas en diferentes edades y circunstancias?

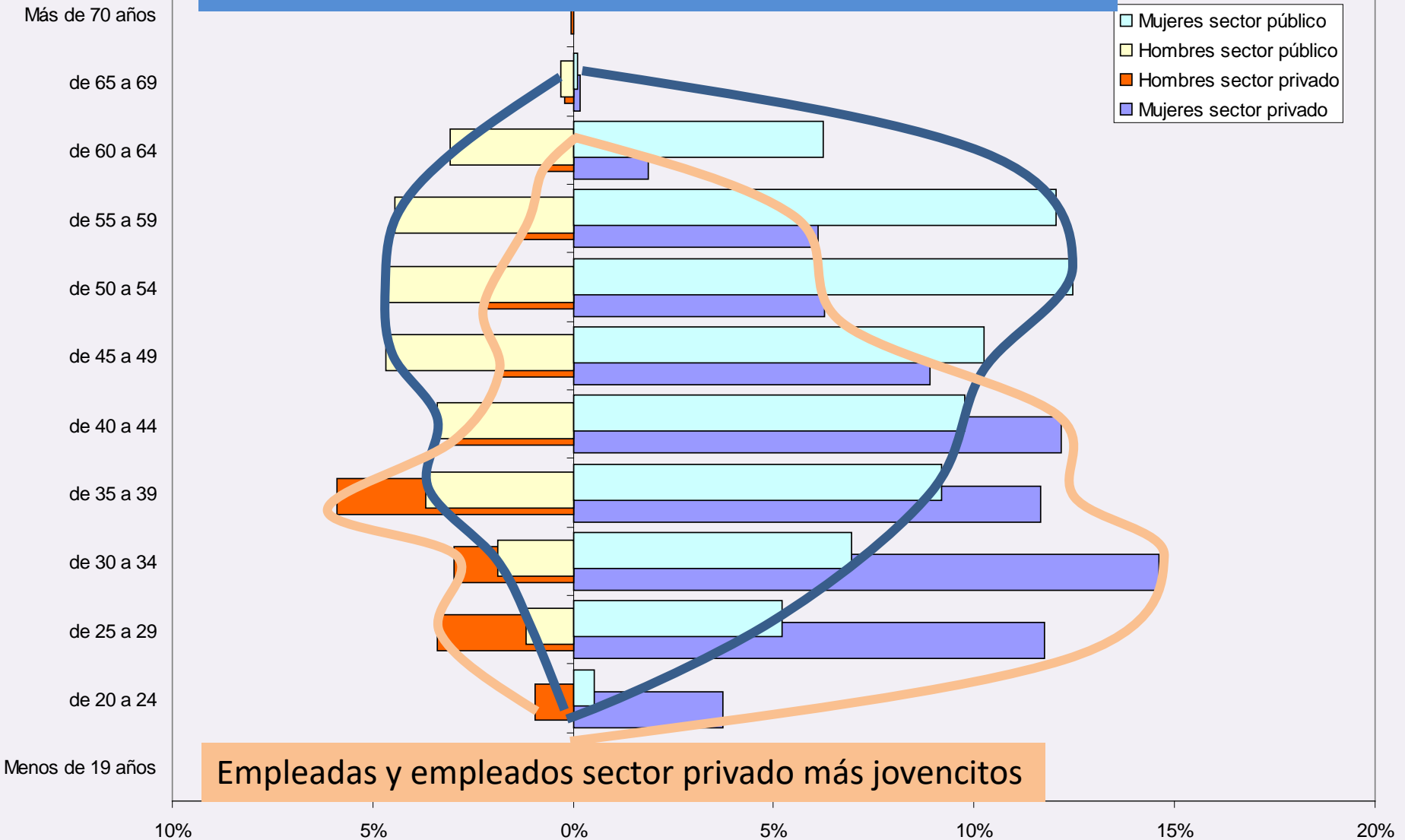
- Circunstancias vitales:
 - Juventud, Madurez, Senioridad
 - Hombres y Mujeres
 - Especialidades
- Motivadores cambiantes:
 - Diferentes necesidades económicas (extrínsecas)
 - Necesidades variadas de reputación y reconocimiento (extrínseca pero menos tangible)
 - Disfrute variado del trabajo bien hecho y de la mejora de medios (intrínseca)
 - Realización por ayudar a terceros (extrínseca)

Hay tres tipos de médicos que hacen muchas guardias

- Los que se están comprando una casa
- Los que se están divorciando
- Los que se están divorciando y se están comprando una casa



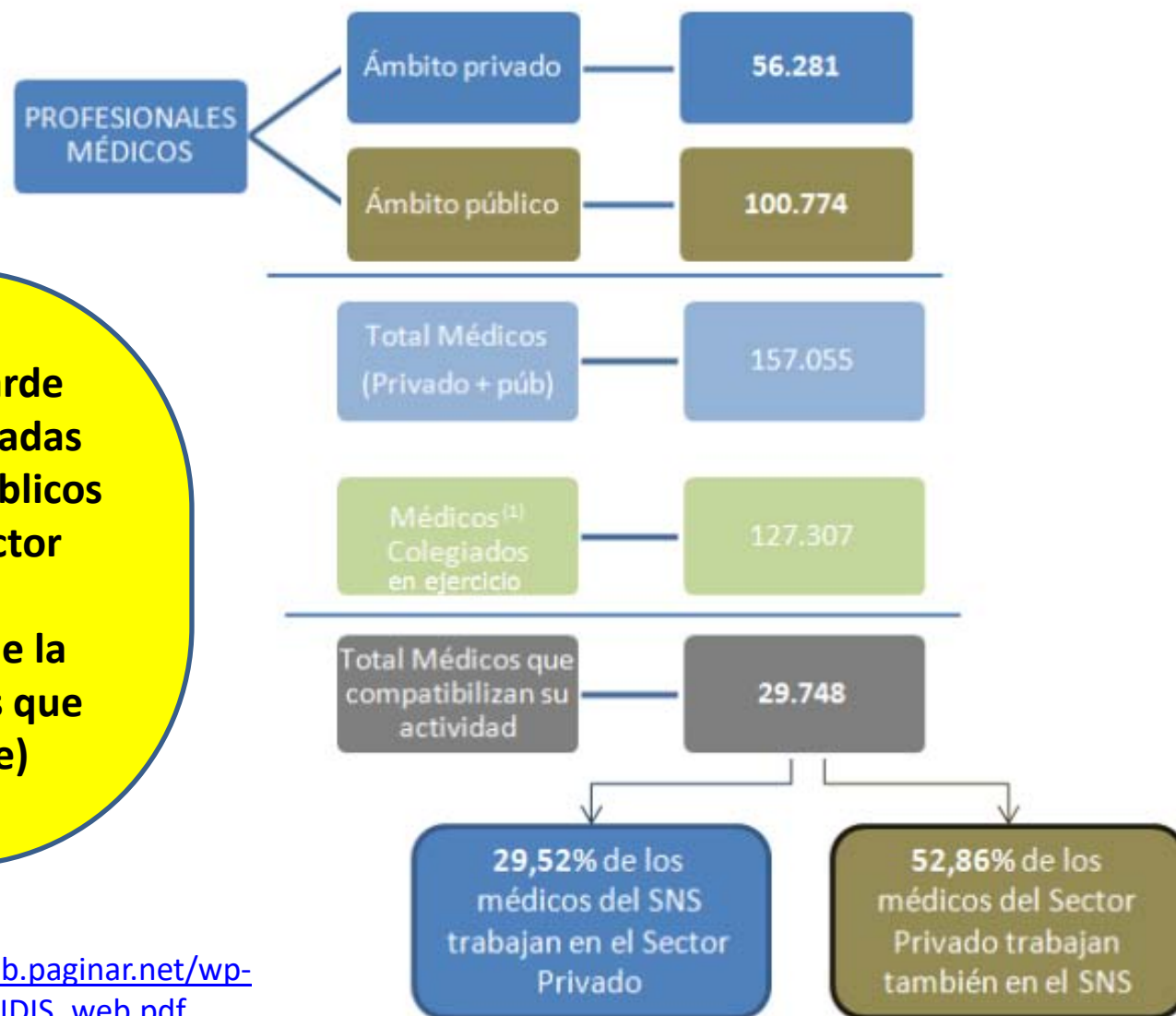
Empleadas y empleados públicos sanitarios más mayorcitos



Empleadas y empleados sector privado más jovencitos

Gráfico 10

Médicos que ejercen en el sector privado,
en el público y médicos que compatibilizan su actividad



**La mañana y la tarde
están inter-conectadas
30% de médicos públicos
trabajan en el sector
privado
(y suponen más de la
mitad de todos los que
trabajan en éste)**

Lo privado vive dentro de lo público:
¿Existe “privatización oculta” de las instituciones públicas
por sus propios profesionales?

1. Uso del tiempo público contratado para actividades privadas
2. Uso de recursos públicos para lucro privado
3. Adelantamiento y saltos de lista de espera amistosos o lucrativos
4. Pesca de pacientes de la pública para la privada
5. Acoplamiento preferente de medios diagnósticos públicos para pacientes privados
6. Pagos “bajo cuerda” a profesionales en instituciones públicas para obtener asistencia pública.
7. “Dicotomía”; un especialista o unidad de laboratorio o imagen, gratifica las derivaciones y pruebas con un porcentaje al médico que las ha indicado.

- *«Existen muchos mecanismos para pagar a los médicos. Algunos son buenos y otros malos. Los tres peores son el pago por acto, la capitación y el salario.*
 - *El pago por acto premia la provisión de servicios inadecuados, la sobrecodificación fraudulenta de visitas y procedimientos, y el “coleguismo” de las derivaciones en ping-pong entre especialistas.*
 - *La capitación premia la denegación de servicios adecuados, el menosprecio de los enfermos crónicos, y una visión estrecha de la práctica médica que excluye a los pacientes cuya atención requiere mayor tiempo.*
 - *El salario socava la productividad, fomenta las vacaciones en el trabajo y conduce a una mentalidad burocrática en la que cada procedimiento se convierte en un problema»*

Gestión y Estructura de Incentivos

- Las reglas del juego son importantes para la motivación y la cultura organizativa
- El gobierno de las organizaciones tiene que revisar periódicamente si la estructura de incentivos está alineada con los objetivos reales de la organización
- La gestión debe cambiar el curso del agua, más que pedir continuamente que los empleados remen río arriba y contracorriente.



3

Incentivos específicos

*¿Se puede influir
eficazmente en el
cambio del
comportamiento?*

Incentivos específicos...

- No hay una clara distinción entre estructura de incentivos principal, e incentivos específicos
 - Unos afectan más a la vinculación de los inputs
 - Otros se relacionan con determinados outputs
- En realidad hay un gradiente desde la integración (internalización) a la contratación externa (externalización)
 - En la externalización plena los incentivos específicos (ligados al volumen de producción) también configuran lo esencial de la estructura de incentivos

Belleza por un Propósito

AVON®

¿Cuánto puedo ganar vendiendo Avon?

Tus ganancias son el resultado de tu empeño y pasión. Tienes la oportunidad de aumentar tus ganancias a medida que desarrollas tu negocio. Aprovecha el éxito de tu negocio e invita a personas a que empiecen su negocio Avon. ¡Tú éxito no tiene límite!

¿Cómo hago pedidos y cómo cobro?

Solicita el pago total o un anticipo en el momento que los Clientes te hagan su pedido. Luego ingrésalo por medio de tu página en línea (tu Espacio Avon). Te enviaremos los productos a ti para que se los entregues a tus Clientes. Contacta a los Clientes que te envían su orden en línea para confirmarla. Acéptala en tu Espacio Avon, recibirás estos productos en el surtido de tu caja campaña. Entrega el producto cuando te hayan pagado en su totalidad el producto solicitado, ¡así de fácil!

<https://www.avon.mx/avon-mx/convierte-en-representante.html>

Hay franquicias y empresas donde su fuerza de ventas son “empleados” virtuales cuyos ingresos dependen exclusivamente del incentivo específico por producto vendido

Inter-Organizaciones

(contratos-costes de transacción)

Intra-Organización

(jerarquías, costes de organización)

Buy

Externalizar

Make

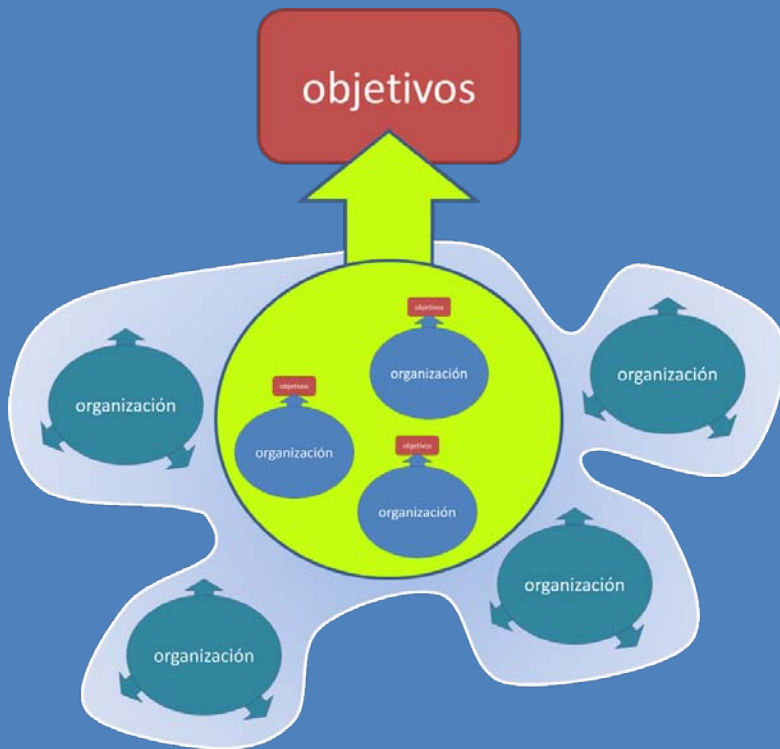
Internalizar

Empresas privadas

Producción Pública de servicios personales

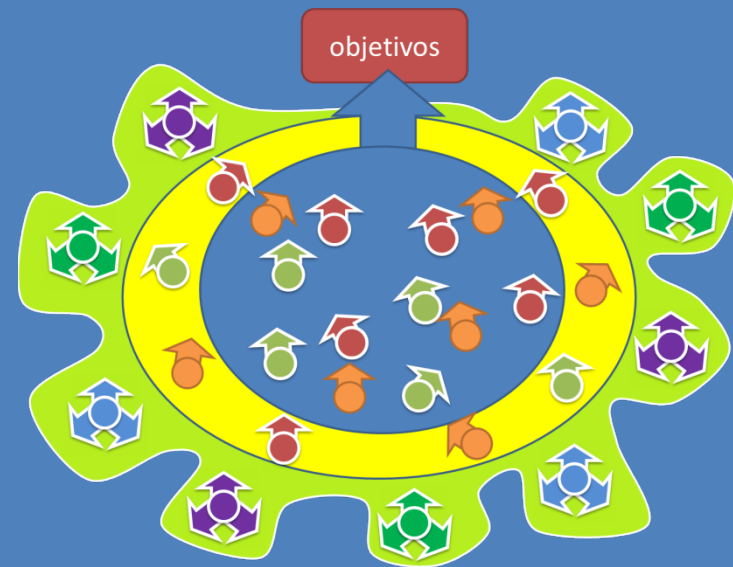
Inter-Organizaciones

(contratos-costes de transacción)



Intra-Organización

(jerarquías, costes de organización)



Inter-Organizaciones

(contratos-costes de transacción)

Holding o grupos de empresas integradas

Consortios y Uniones Temporales de Empresas (UTE)
(¿Cárteles también?)

Partenariados, Franquicias y Acuerdos estratégicos con otras empresas

Alianzas con empresas suministradoras habituales

Contratos de suministro o servicios de tipo competitivo

Integración
Bloque de Inputs

Compra
Volumen de Actividad

Intra-Organización

(jerarquías, costes de organización)

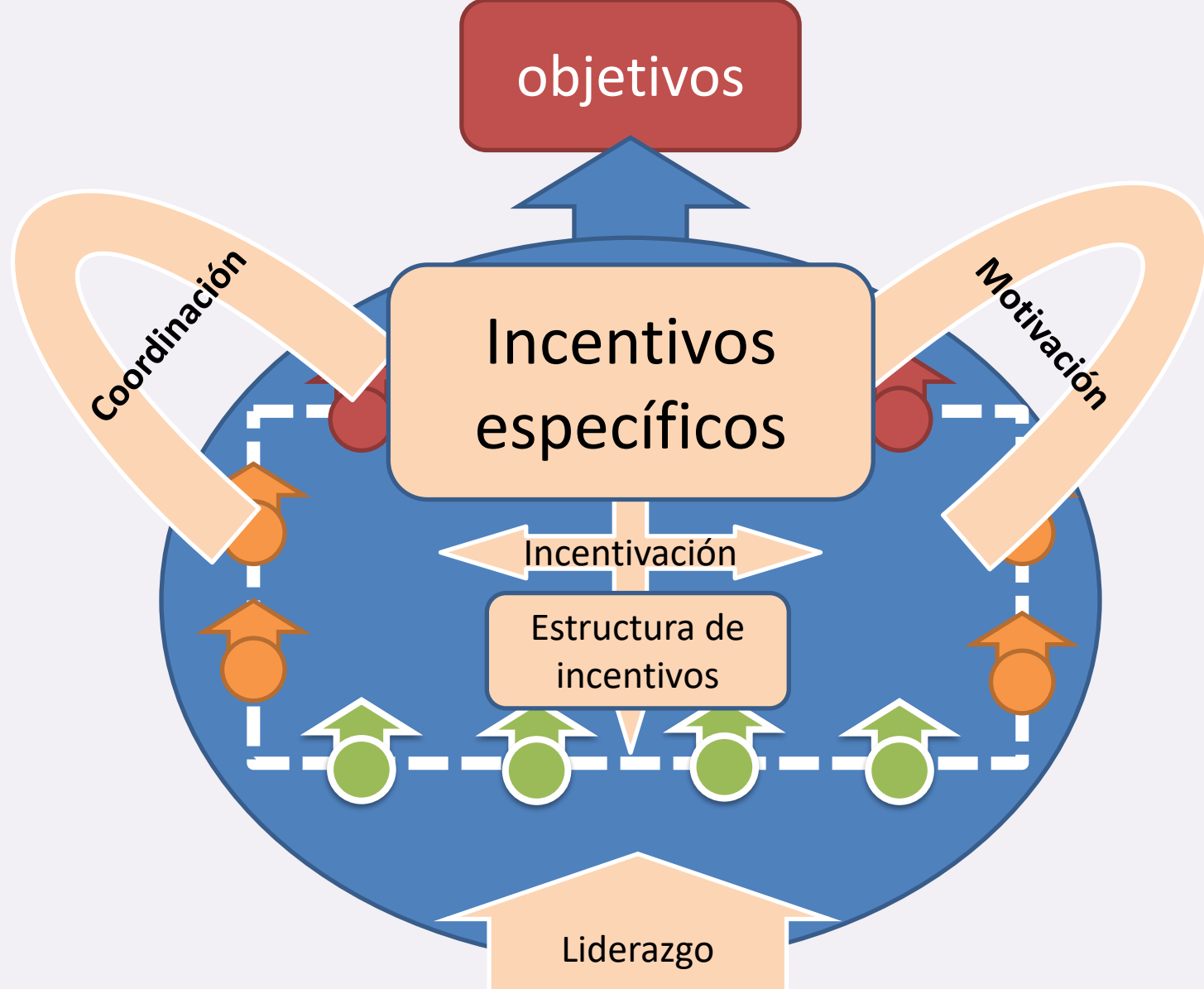
Salario

Salario con bonificaciones
(productividad, carrera, etc.)

Salario + Extra por actividades adicionales (guardias, peonadas, ensayos clínicos, docencia...)

Acuerdos capitativos o de servicio fuertemente regulados
(GP UK, EBAS)

Contratos por actividad o por sesión (incluido precariado de guardias)



Los incentivos (específicos) se añaden a un marco de vinculación laboral y retribución y lo complementan para promover comportamientos de mayor interés, productividad, calidad o responsabilidad en la producción de un bien o la prestación de un servicio. Son incrementales y su efecto tiene un gran componente contextual

Inducir el cambio de actitud desde la función directiva de las Organizaciones

- Complejidad del comportamiento individual
- Cultura existente
- Antecedentes anteriores (tierra quemada?)
- Interacción con los demás
- Confianza en los jefes y en la organización
- El propio proceso de gestión
- El balance entre el esfuerzo solicitado, la dificultad de llegar al objetivo, la recompensa prometida, y la probabilidad de que los pactos se mantengan.

Los márgenes de la influencia en el comportamiento

- Ningún esquema de incentivos puede convertir a un canalla en un virtuoso
- Pero algunos esquemas pueden ayudar a que los virtuosos no se sientan estúpidos y los canallas se jacten de serlo.
- Y también algunos modelos pueden empujar por empatía o gregarismo a que una gran mayoría se contagie del ejemplo de los virtuosos.

Incentivos específicos

Conectan sistemas de recompensa y reconocimiento con objetivos concretos de producción (actividad o resultados)

- Si la calidad no es importante o es fácilmente observable la no calidad, los incentivos se dirigen a la **productividad**.
- Si se puede incrementar la producción pero a costa de la calidad, y ésta no es fácilmente observable, se buscan incentivos que combinen **métricas de actividad y calidad**: desempeño (P4P = Pay for Performance)



4

***Pago por
Desempeño*** (P4P =
Pay for Performance)
*Reflexiones en torno a
la experiencia
acumulada.*

Pago por desempeño

- La **adaptación de los métodos de pago** a proveedores para incluir...
 - **incentivos** específicos y
 - **métricas** explícitas
- ... para promover la búsqueda de la **calidad**
- ... y de otros objetivos de **rendimiento** del sistema de salud

P4P / perspectiva EEUU

- En entornos con relación laboral muy dinámica (sanidad EEUU) la literatura es variada, muestra algunos efectos positivos, pero una gran influencia contextual (escasa validez externa de los experimentos),

Lo más que puedo darte es un aumento del 2%



Dilbert.com DilbertCartoonist@gmail.com

NO PROBLEM. I'LL JUST LOWER THE QUALITY OF MY WORK UNTIL MY PAY FEELS FAIR.



Vale... bajaré la calidad de mi trabajo hasta que me sienta justamente retribuido

Van Herck, 2010: Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care (1)

- 128 publicaciones 1990 a 2009, evaluando efectividad del P4P, y la relevancia de los diseños y mediadores contextuales en los efectos buscados:
 - Efectividad clínica
 - Accesibilidad y equidad
 - Coordinación y continuidad
 - Centralidad del paciente
 - Coste-Efectividad

Pieter Van Herck, et al. **Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care.** *BMC Health Services Research*. 2010;**10**:247.

<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-247>

Van Herck, 2010: Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care (2)

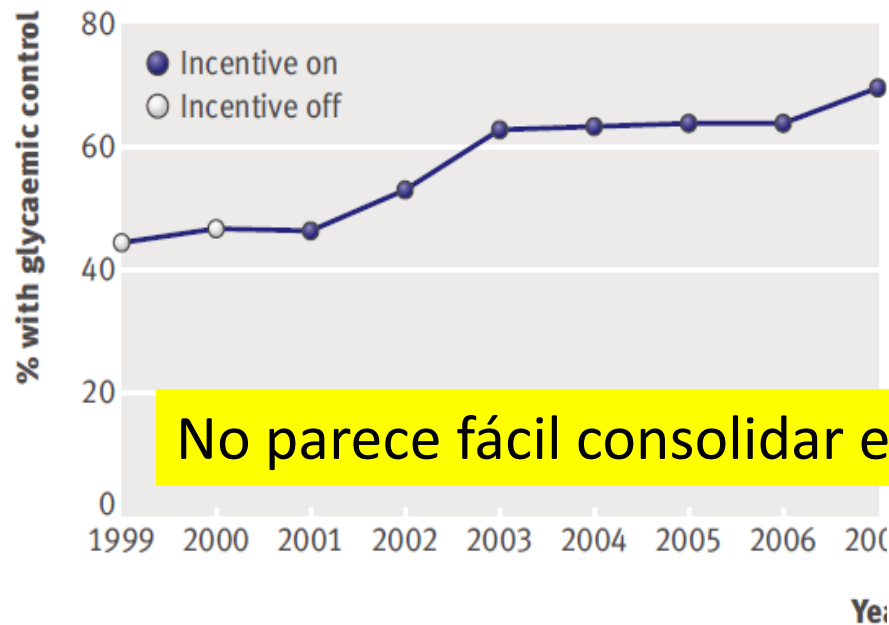
- Poca evidencia en el impacto del P4P en la coordinación, continuidad y centralidad del paciente, y coste-efectividad.
- Efectos prometedores en fomentar una calidad mínima estándar.
- Efectos decepcionantes: impulsar la mejora de la calidad
- Y en general, los efectos variaban de acuerdo a los diseños de los incentivos, y a las características del contexto.

The Effect Of Pay-For-Performance In Hospitals: Lessons For Quality Rachel M. Werner, Jonathan T. Kolstad, Elizabeth A. Stuart and Daniel Polsky. Health Affairs.2011.

- <http://content.healthaffairs.org/content/30/4/690.abstract>

- ¿MEJORAS SOSTENIDAS?

- 260 hospitales P4P vs 780 no-P4P (vinculados a Medicare)
- Los P4P mejoraron más al principio: 1/2 frente a 1/3
- Pero tras cuatro años los dos grupos tenían puntuaciones prácticamente iguales.



No parece fácil consolidar el efecto al retirar los incentivos

Fig 2 | Glycaemic control (<8%) in relation to financial incentives in adults aged 18-75



Fig 3 | Percentage of adults aged ≥31 screened for diabetic retinopathy in relation to financial incentives

BMJ

Policy makers and clinicians should be aware that removing facility directed financial incentives from clinical indicators may mean that performance levels decline.

The impact of removing financial incentives from clinical quality indicators: longitudinal analysis of four Kaiser Permanente indicators

Helen Lester, professor of primary care,¹ Julie Schmittiel, research scientist,² Joe Selby, director,²

http://www.bmj.com/cgi/reprint/340/may11_1/c1898

Pay-For-Performance Schemes That Use Patient And Provider Categories Would Reduce Payment Disparities

Cheryl L. Damberg, Marc N. Elliott, and Brett A. Ewing

Health Aff January 2015 34:1134-142; doi:10.1377/hlthaff.2014.0386

<http://content.healthaffairs.org/search?tocsectionid=Pay-For-Performance&sortspec=date&submit=Submit>

- **Pay-For-Performance Schemes That Use Patient And Provider Categories Would Reduce Payment Disparities**
- Providers that care for disproportionate numbers of **disadvantaged patients** tend to perform less well than other providers on quality measures commonly used in pay-for-performance programs.
- This can lead to the **undesired effect of redistributing resources away from providers that most need them to improve care**. We present a new pay-for-performance scheme that retains the motivational aspects of standard incentive designs while avoiding undesired effects.
- We tested an alternative incentive payment approach that started with a standard incentive payment allocation but then **“post-adjusted” provider payments** using predefined patient or provider characteristics. We evaluated whether such an approach would mitigate the negative effects of redistributions of payments across provider organizations in California with disparate patient populations.
- The **post-adjustment approach nearly doubled payments to disadvantaged** provider organizations and greatly reduced payment differentials across provider organizations according to patients’ **income, race/ethnicity, and region**.
- The post-adjustment of payments could be a useful supplement to paying for improvement, aligning the goals of disparity reduction and quality improvement.

Los efectos indeseables de drenar recursos de los profesionales que tratan muchos enfermos con desventaja social y sanitaria, podrían paliarse con un ajuste posterior que compensara por diferencias de renta, raza, región, etc.

P4P perspectiva RU

Experiencias crecientes y preocupación por cómo hacer pagos por desempeño

- P4P tiene tendencia a deslizarse a un sistema acumulativo de micro-bonificaciones por cumplir indicadores
- Los indicadores suelen cubrir variables sencillas, realizables en el corto plazo, super-alcanzables (para no desanimar), simples y poco sofisticadas (para no confundir)
- Dado que el 90% acaba cumpliendo, y que da una falsa sensación de seguridad y control a ambas partes, el sistema se hace autosostenible y lleva al crecimiento de variables e indicadores (todo lo que se deje medir), y al crecimiento de las retribuciones variables (o totales)

Healthcare Quarterly, 12(3) 2009: 8-9. **Opinion: Pay for Performance: The Wrong Time, the Wrong Place?** Steven Lewis

<http://www.longwoods.com/product.php?printable=Y&productid=20869&cat=600>

Efectos indirectos en motivación intrínseca y trascendente

- Estimular los bajos instintos no mejora mucho la naturaleza humana: socava conceptos como profesionalismo, devoción al servicio público y compromiso con la excelencia
- Profecía autocumplida: pagar por cumplir indicadores lleva a convertir a mucha gente desinteresada y altruista en sombras econo-egocéntricas de sí mismos
- Mensaje confuso: al ir pagando por muchas pequeñas cosas razonables, la pregunta es **¿qué se supone que estamos retribuyendo fuera de los incentivos?:** ¿estamos redefiniendo la normalidad como pasotismo, indiferencia y desatención?

Lo que queda fuera de foco...

- Muchas cosas importantes suelen estar fuera del foco de los indicadores:
 - “enseñarme algún sistema de P4P que recompense la excelencia en la atención de los ancianos frágiles, el cuidado longitudinal del paciente pluripatológico crónico, la reducción de la necesidad de cirugía a medio plazo (15 años), o que aumente la probabilidad de terminar la carrera profesional del médico con un ánimo alegre y la compasión por los pacientes intacta”
 - “el peor resultado ... es que funcionara como estaba previsto, ya que probaría realmente lo bajo que habríamos caído” (Steven Lewis)

March 2014

2014/15 GENERAL MEDICAL SERVICES (GMS) CONTRACT QUALITY AND OUTCOMES FRAMEWORK (QOF)

GUIDANCE FOR GMS CONTRACT 2014/15

NHS England Gateway reference: 01264

http://www.hscic.gov.uk/media/14019/QOF-Guidance-GMS-Contract-2014-15/pdf/QOF_guidance_GMS_contract_2014_15.pdf

10 años de sistema de pago de incentivos por desempeño para los médicos (inicio 2004) de Atención Primaria del NHS de Inglaterra y Gales

QOF: Quality and Outcomes Framework

<http://www.nhsemployers.org/your-workforce/primary-care-contacts/general-medical-services/quality-and-outcomes-framework>

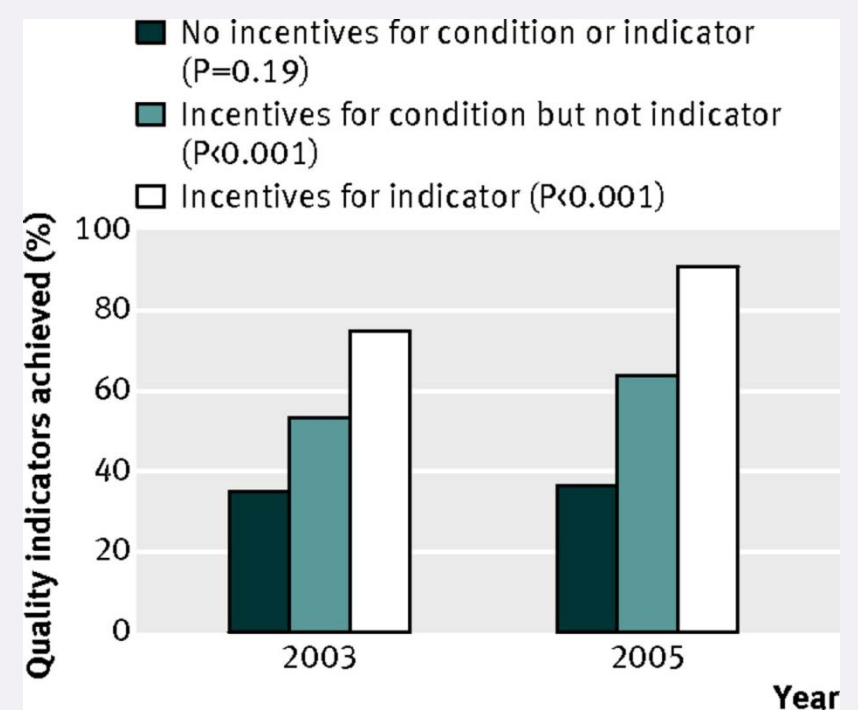
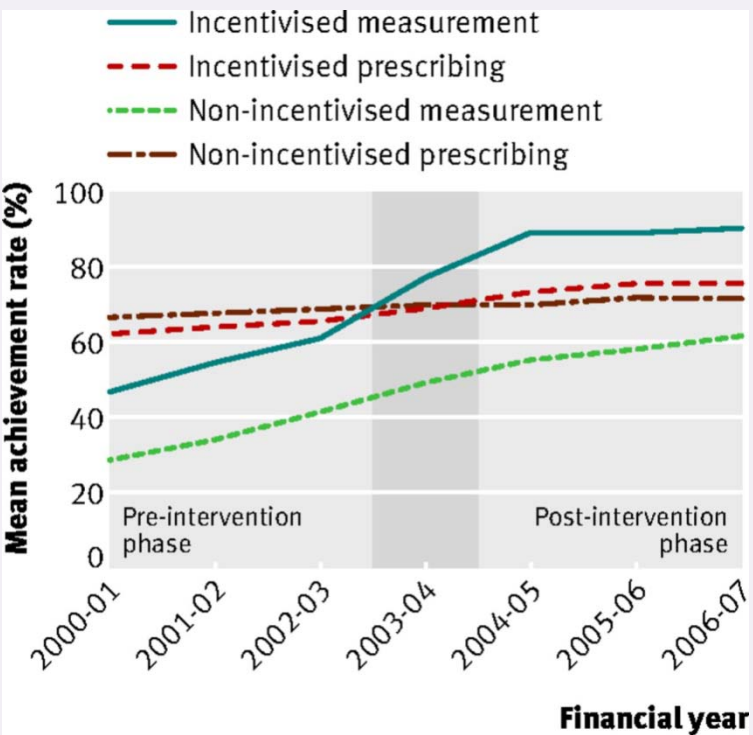
Section 3	Clinical domain	27
	Atrial fibrillation (AF)	29
	Secondary prevention of coronary heart disease (CHD)	33
	Heart failure (HF)	39
	Hypertension (HYP)	43
	Peripheral arterial disease (PAD)	46
	Stroke and transient ischaemic attack (STIA)	50
	Diabetes mellitus (DM)	55
	Asthma (AST)	69
	Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)	77
	Dementia (DEM)	84
	Depression (DEP)	89
	Mental health (MH)	92
	Cancer (CAN)	101
	Chronic kidney disease (CKD)	104
	Epilepsy (EP)	110
	Learning disabilities (LD)	111
	Osteoporosis: secondary prevention of fragility fracture (OST)	114
	Rheumatoid arthritis (RA)	120
	Palliative care (PC)	123
Section 4	Public health domain	127
	Cardiovascular disease – primary prevention (CVD-PP)	128
	Blood pressure (BP)	133
	Obesity (OB)	135
	Smoking (SMOK)	137
	Public health – additional services	145
	Cervical screening (CS)	145
	Contraception (CON)	148

435 puntos por los indicadores clínicos

124 puntos por los indicadores de salud pública

Dementia (DEM)

Indicator	Points	Achievement thresholds
Records		
DEM001. The contractor establishes and maintains a register of patients diagnosed with dementia	5	
Ongoing management		
DEM002. The percentage of patients diagnosed with dementia whose care has been reviewed in a face-to-face review in the preceding 12 months	15	35–70%
DEM003. The percentage of patients with a new diagnosis of dementia recorded in the preceding 1 April to 31 March with a record of FBC, calcium, glucose, renal and liver function, thyroid function tests, serum vitamin B12 and folate levels recorded between 6 months before or after entering on to the register	6	45–80%
NICE 2010 menu ID: NM09		



<http://www.bmj.com/content/346/bmj.f659>

Analysis

The Quality and Outcomes Framework—where next?

BMJ 2013 ; 346 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f659> (Published 07 February 2013)

Cite this as: *BMJ* 2013;346:f659

Article

Related content

Metrics

Responses

Peer review

Stephen Gillam, general practitioner ^{1 2}, Nicholas Steel, clinical senior lecturer in primary care ³

The Quality and Outcomes Framework—where next?

BMJ 2013 ; 346 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f659> (Published 07 February 2013)


Cite this as: *BMJ* 2013;346:f659

Problemas inherentes al P4P

- Las recompensas pueden socavar la motivación y empeorar las tareas que entrañan complejidad cognitiva.
- Los incentivos financieros fomentan tareas simples y repetitivas, pero pueden ser contraproducentes para tareas que requieren procesos mentales más complejos.
- Funcionan si son aplicables algoritmos simples, pero eso no es tan frecuente en el mundo real de los individuos con una variedad de síntomas, diagnósticos, y las expectativas.

Por lo anterior parecería que es difícil mejorar la integración y adaptación de cuidados a los pacientes crónicos con incentivos financieros.

Incentive payments are not related to expected health gain in the pay for performance scheme for UK primary care: cross-sectional analysis

Robert Fleetcroft , Nicholas Steel, Richard Cookson, Simon Walker and Amanda Howe

BMC Health Services Research BMC series ¿ open, inclusive and trusted 2012 12:94 | DOI: 10.1186/1472-6963-12-94 |

© Fleetcroft et al; licensee BioMed Central Ltd. 2012

Received: 27 July 2011 | Accepted: 16 April 2012 | Published: 16 April 2012

El contrato Reino Unido es actualmente el experimento más grande del mundo en el pago por desempeño en la atención primaria, que actualmente cuesta £ Mil Millones (1,14 mil millones de €) al año o el **15% del gasto en atención médica primaria sólo en Inglaterra** .

La introducción de la QOF dio lugar a un aumento sustancial de alrededor del **25% de los ingresos del GP principal**. Los críticos han argumentado que la QOF representaba una mala relación calidad-precio...

En parte como respuesta a estas críticas, el gobierno del Reino Unido ha introducido recientemente un nuevo proceso de revisión de la QOF, que es informado por el NICE sobre la evidencia sobre la eficiencia.



GP quality and outcomes framework indicators focus on the wrong issues

Zara Aziz

Doctors are finding QOF indicators harder to meet. And these quality targets do not always improve patient care either

Tuesday 13 November 2012 12.30 GMT

Many small practices rely on QOF payments to balance their books.

QOF indicators become harder to meet each year as thresholds are raised, and the government's latest proposals mean the threshold for payment for many indicators could rise to as high as 95%. These are unrealistic thresholds with little evidence base, and are designed to claw back money rather than improve patient care.

Los QOF se vuelven más difíciles de cumplir cada año ya que se elevan los umbrales, y las últimas propuestas del gobierno para el pago de muchos indicadores podrían aumentar hasta un máximo de 95%. Estos son los umbrales poco realistas con poca base de pruebas, y están **diseñados de recuperar el dinero en vez de mejorar la atención al paciente.**

¿Cómo evitar los efectos indeseables de los micropagos de incentivos?



GP contract changes put care before targets

News, views and analysis

News

[2014](#)[2013](#)[December](#)[- November](#)[October](#)[September](#)[August](#)[July](#)[June](#)[May](#)

GP contract changes put care before targets

15 November 2013

GPs will have more time to spend on direct clinical care following major contractual changes to reduce bureaucracy and cut targets.

The BMA GPs committee and NHS Employers have agreed changes to the GP contract that will reduce the number of QOF (quality and outcome framework) indicators by more than a third. The majority of this funding would be transferred to practices' core funding.

The remainder would fund a new agreed enhanced service to reduce unnecessary emergency medicine admissions and provide personalised care for vulnerable older patients.

There will also be a named GP for patients over the age of 75 under the changes, most of which come into force from April 2014.

A blue square with a white number 5 inside, likely a slide indicator.

5

***¿Y nuestro “pago
por desempeño”
en el SNS?***

¿Y la incentivación específica en el SNS español?

- José Jesús Martín Martín. Las retribuciones en el Sistema Nacional de Salud. Presupuesto y Gasto Público 79/2015: 147-XX.
 - *Con la información disponible no parece que ni el complemento de carrera profesional ni el complemento de productividad hayan cumplido los objetivos para los que fueron diseñados.*
 - *Es necesaria más investigación sobre la relación entre motivación intrínseca y pago por resultados o calidad.*

¿Cómo retribuir puestos de trabajo “multi-tarea?”

- Varias tareas
- Substitutivas
- Unas más fáciles de medir que otras
- Unas incentivadas y otras no
- Algunas imposibles de controlar pero con mucha importancia en la calidad del servicio
 - Escucha y empatía
 - Formación y actualización profesional
 - Sensibilidad para adaptar tratamientos a condiciones familiares y sociales del enfermo
 - Verdadera “medicina personalizada”

¿Cómo interaccionan la mañana (pública salarial) y la tarde (privada pago por acto)?

- Si la productividad en la pública es difícil de medir, es fácil que existan cambios de conducta
 - Casos más graves por la mañana y menos por la tarde
- La ventaja de la práctica privada para el médico es complementar rentas, y para la sanidad pública pagar menos manteniendo la paz social

Aunque la expansión del pago por rendimiento ha sido importante y las experiencias numerosas, la evidencia empírica disponible es en el mejor de los casos **modesta** (Scott et al., 2009; Flodgren, 2011; Eirea y Ortún, 2012) cuando no **negativa** (Serumaga et al., 2011; Ashish et al., 2012).

Es necesaria una mayor evaluación sistemática sobre esta estrategia para establecer si es **intrínsecamente inadecuada**, o si determinados **diseños** pueden ser útiles y compatibles con los **valores intrínsecos** de la profesión y su “**contrato social**” con la sociedad.

Cuadro 3
Retribuciones anuales brutas a médicos de hospital y primaria. Año 2014

	Médico tipo 1(a)		Médico tipo 2(b)		Médico tipo 3(c)		Médico tipo 4(d)	
HOSPITAL	Sin guardias	(e) Con guardias	Sin guardias	(e) Con guardias	Sin guardias	(e) Con guardias	Sin guardias	(e) Con guardias
Mínimo de España	31.532	41.341	41.308	51.117	49.026	58.835	56.076	67.118
Media de España	41.663	55.355	45.353	59.044	53.688	67.392	61.173	74.891
Máximo de España	49.793	66.611	54.889	66.841	65.655	77.607	77.625	89.577
Dif. Mínimo/Máximo	18.261	25.271	13.580	15.723	16.628	18.771	21.549	22.459
Dif. Mínimo/Media	10.132	14.014	4.045	7.927	4.662	8.557	5.097	7.774
% dif. Mínimo-Máximo	57,91	61,13	32,88	30,76	33,92	31,90	38,43	33,46
% dif. Mínimo-Media	32,13	33,90	9,79	15,51	9,51	14,54	9,09	11,58
PRIMARIA (f)								
Mínimo de España	30.471	40.280	40.247	50.057	47.965	57.774	53.437	66.057
Media de España	42.909	56.570	46.693	60.354	55.024	68.698	62.495	76.183
Máximo de España	56.379	73.197	56.379	73.197	65.215	81.730	77.185	88.009
Dif. Mínimo/Máximo	25.907	32.917	16.131	23.141	17.249	23.955	23.749	21.952
Dif. Mínimo/Media	12.438	16.290	6.446	10.297	7.058	10.924	9.058	10.126
% dif. Mínimo-Máximo	85,02	81,72	40,08	46,23	35,96	41,46	44,44	33,23
% dif. Mínimo-Media	40,82	40,44	16,01	20,57	14,72	18,91	16,95	15,33

Nota:

Esta **importante dispersión retributiva es difícil de explicar** en términos de la diferente productividad, competencia o calidad del desempeño entre los médicos que trabajan en una u otra CA, generando un proceso de reivindicación permanente basado en agravios comparativos por parte de los profesionales y los sindicatos médicos. Problema que se ha visto agravado por el significativo y asimétrico impacto que han tenido en sus retribuciones las distintas medidas de austeridad mencionadas con anterioridad y las políticas de consolidación fiscal ejecutadas por las CCAA.

<http://www.elsevier.es/ct-revista-atencion-primaria-27-articulo-motivacion-e-incentivos-percepciones-diferentes-14892>

Atención Primaria

Vol. 22. Núm. 4. 15 Septiembre 1998



Motivación e incentivos: percepciones diferentes de gestores y profesionales

Motivation and incentives: the differing perceptions of administrators and professionals

MA Prieto ^a, JC March ^a, P Gutiérrez ^a, G Carmona ^a

^a Escuela Andaluza de Salud Pública.

55% of the district managers thought that the **incentive systems in use** were **inadequate and insufficient**.

Enabling professionals to be trained is the main motivating and incentive mechanism in place.

Variable productivity was the next most common mechanism. However, variable productivity, in the view of the professionals, was the **main demotivating factor** of recent years. Professionals thought that the **economic rewards** of the incentives system were slight, the **target variables** were unsuitable, there were **no objective evaluation** mechanisms and the economic differences between the incentives earned by managers and professionals were too great.

Andalusian incentives system has **demotivated Primary Care teams** and has had **little effect on orienting professional practice**.

A blue square with a white number 6 inside, serving as a section marker.

***El debate de los
incentivos
específicos en
organizaciones
profesionales (y
sanitarias)***

Reflexiones finales sabias sobre los incentivos específicos (1)

- Peiró S, García-Altés A. Gac Sanit. Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados de salud, el pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos. Informe SESPAS 2008 2008;22(Supl 1):143-55
 - <http://www.gacetasanitaria.org/es/posibilidades-limitaciones-gestion-por-resultados/articulo-resumen/S0213911108760862/>
 - Es **difícil convertir guías de práctica clínica** (consejos) en **indicadores** de calidad (cumple o no un criterio-estándar)
 - Los **indicadores de calidad se buscan donde hay información**, pero no necesariamente donde hay problemas
 - El **efecto lupa** distorsiona las prioridades: acciones preventivas recomendadas, frente al enfermo agudo o crónico descompensado
 - Protocolos recomendados de prevención llevarían 7,4 horas diarias al medico general, y para 10 enfermedades crónicas 3,5

Reflexiones finales sabias sobre los incentivos específicos (2)

- Prevenirse ante el **maquillaje** que tendrán los datos que sirven para evaluar
- **Relativizar la calidad percibida** por los pacientes: ese un componente pero no se asocia con calidad científico-técnica
- Considerar que **buena parte de la calidad es sistémica y no local**
- **Evitar la erosión del profesionalismo** (pagar por hacer lo que tienes que hacer...)
- Coherencia:
 - **estímulo negativo a los médicos de primaria** (pocas recetas, pruebas y derivaciones)
 - **y positivo para los médicos de hospital** (más intervenciones, más altas, más consultas...)

ANALYSIS

When financial incentives do more good than harm: a checklist

Financial incentives can sometimes improve the quality of clinical practice, but they may also be an expensive distraction. **Paul Glasziou and colleagues** have devised a checklist to help prevent their premature or inappropriate implementation

¿Es apropiado el incentivo económico? La actuación clínica que se promueve...

1. ¿busca resultados en los pacientes?
2. ¿logra evitar el comportamiento inapropiado?
3. ¿se puede medir el comportamiento deseado?
4. ¿funcionan las palancas y existen barreras para la actuación?
5. ¿son mejores los incentivos económicos que otros no financieros?
6. ¿los beneficios compensan los efectos adversos y los costes?

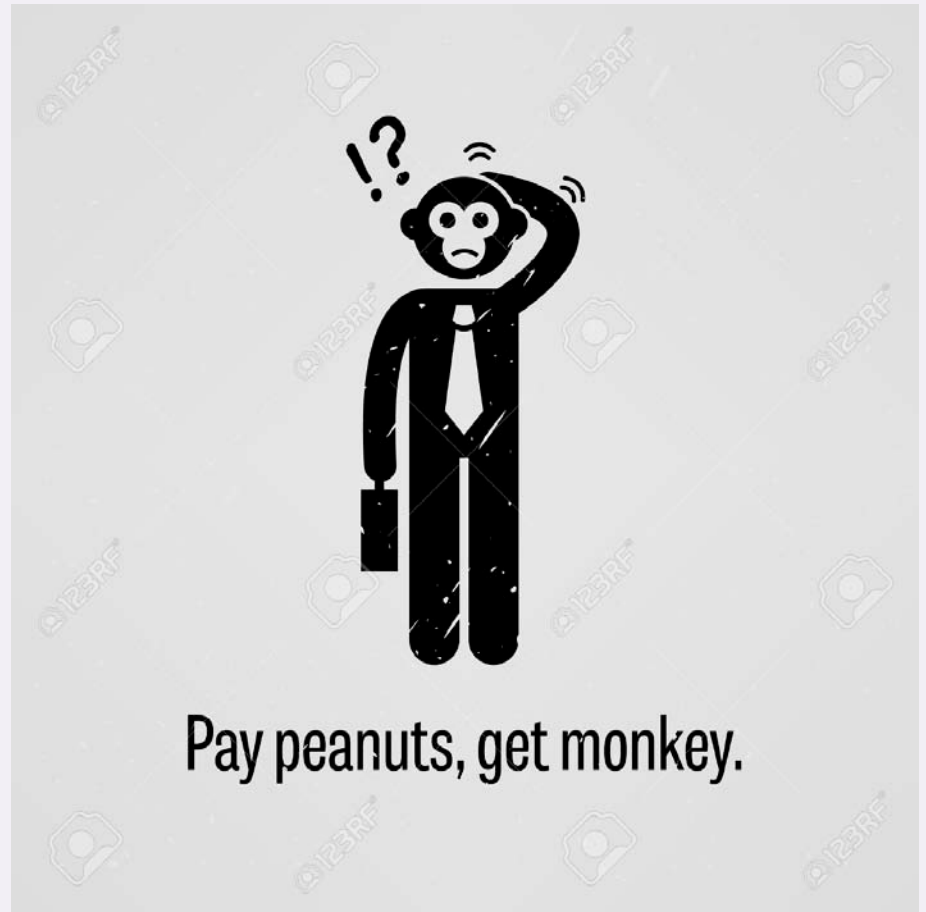
Si lo anterior es todo SI, se trataría de considerar aspectos de implementación

1. ¿Ya están establecidos los sistemas y estructuras?
2. ¿Cuánto hay que pagar, a quiénes y por cuánto tiempo?
3. ¿Cómo proceder al pago?

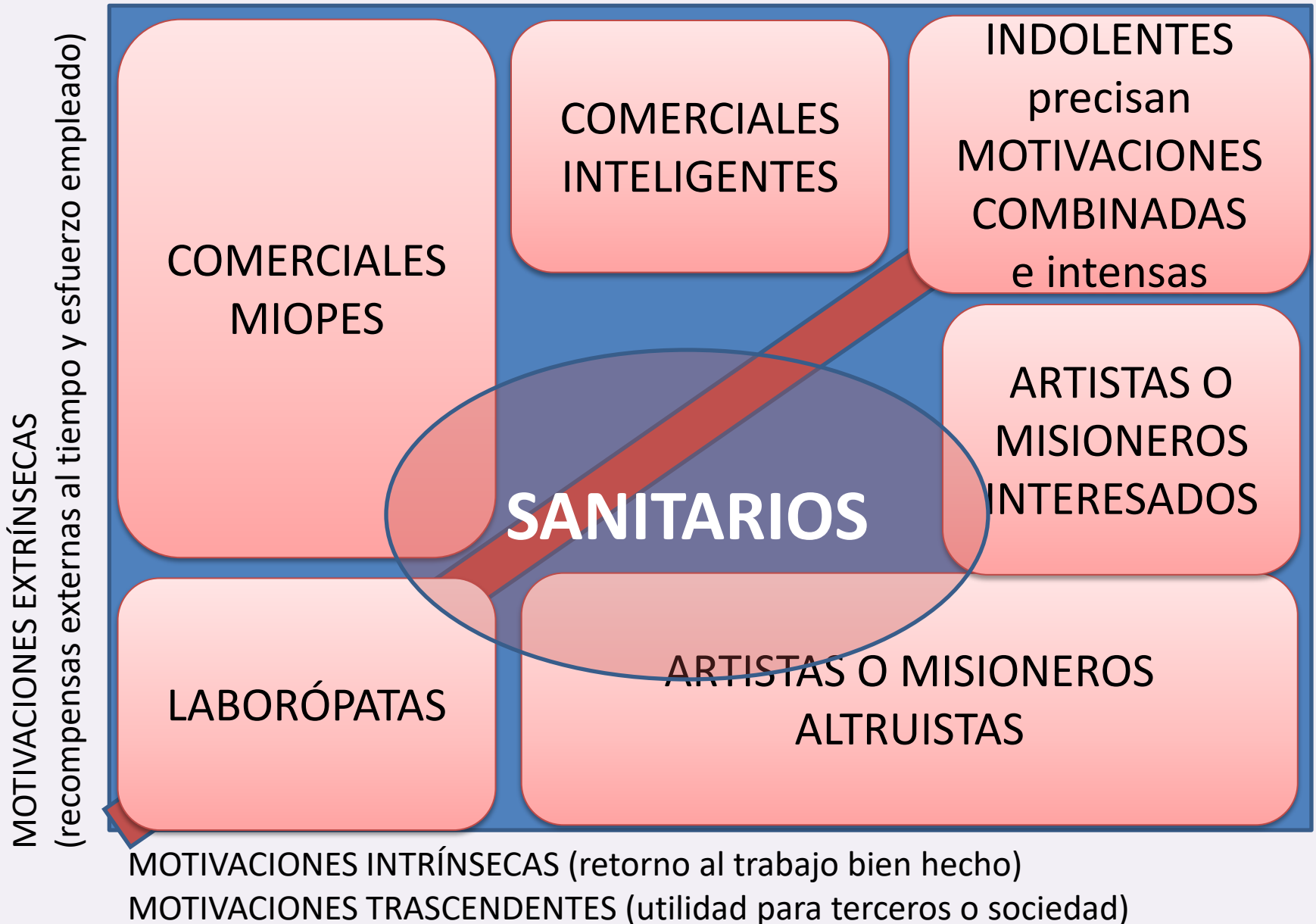
"pague el rendimiento y obtendrá rendimiento; premie con cacahuetes y solo se quedarán los monos".

- El Dr. Leboeuf, padre y maestro del management moderno y de todos los Drucker que vinieron detrás, ya decía:

Carlos Faced / alumno MAS 2010-12



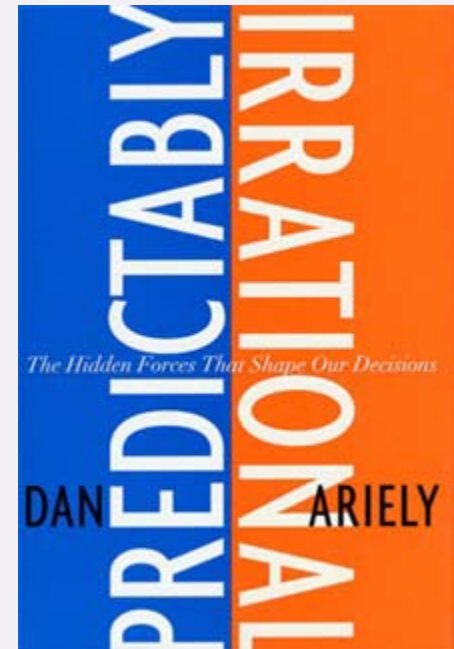
¿UN ÚNICO SISTEMA PARA MOTIVAR A UNA BIODIVERSIDAD DE EMPLEADOS?



Vivimos **simultáneamente** en un mundo en el que algunas relaciones están regidas por normas **sociales** y otras por normas **mercantiles**.

Y aunque en ocasiones las diferencias entre unas y otras puedan parecer sutiles, ***introducir la lógica mercantil dentro de una relación regida por normas sociales hará que ésta se destruya o al menos que se transforme.***

Piense en lo que ocurriría en la situación de una **cena en casa de su suegra**, y que después de disfrutar de una agradable velada en la que ella ha puesto todo su esmero, usted sacara su chequera y le preguntara cuánto le debe por tantas atenciones.



Características	Normas sociales	Normas mercantiles
Relación entre partes	Personal	Impersonal
Tono emocional	Calidez	Frialidad
Delimitación del intercambio	Difuso - implícito	Concreto –explícito
Reciprocidad	No inmediata - abierta	Inmediata o contractual
Satisfacción	Del propio intercambio	De los resultados del intercambio

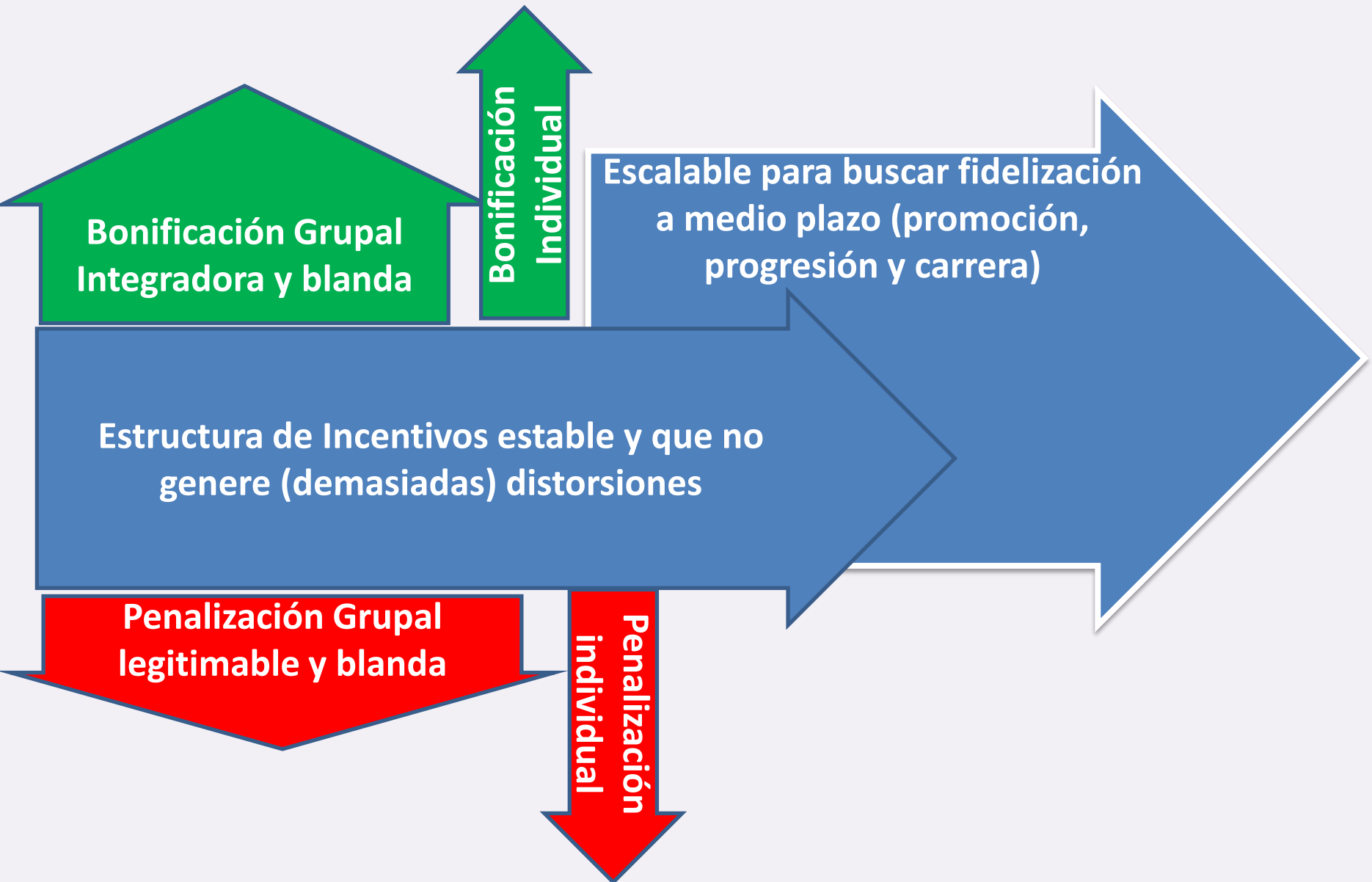
Cuando mantenemos las normas sociales y las normas mercantiles en sus caminos separados, la vida transcurre bastante bien.

Tomemos, por ejemplo, el sexo. Podemos tenerlo gratis en el contexto social, donde resulta –espero– cálido y emocionalmente nutritivo. Pero hay también un sexo mercantil, un sexo que se pide a la carta y por el que se paga un dinero. Eso parece estar bastante bien delimitado.

No tenemos maridos (o mujeres) que lleguen a casa pidiendo 50 euros por un polvete, ni prostitutas que pidan amor eterno.

https://alasdehermes.files.wordpress.com/2016/03/las-trampas-del-deseo_-como-con-daniel-ariely.pdf

¿UN ÚNICO SISTEMA PARA MOTIVAR A UNA BIODIVERSIDAD DE EMPLEADOS?



<http://bit.ly/2seDA4e>

“El mejor momento para plantar un árbol fue hace 20 años. El segundo mejor momento es ahora”.

Proverbio Chino

<http://incenta.com/es/blog/lista-forbes-citas-inspiradoras/>

