

Los incentivos para la mejora de la calidad en los servicios de salud*

Vicente Ortún Rubio

Director Centro de Investigación en Economía y Salud. Departamento de Economía y Empresa. Universidd Pompeu Fabra. Barcelona. España.

Correspondencia:

Departamento de Economía y Empresa

Universidad Pompeu Fabra, Barcelona

Correo electrónico: <http://www.econ.upf.es/~ortun/>

*Conferencia de clausura del XXIV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, Toledo 25-27 de octubre del 2006.

Utiliza elementos de un artículo previo del autor: Mejor (servicio) siempre es más (salud). *Rev Esp Salud Pública*. 2006;80:1-4.

Antes de nacer

Si conocedores de las condiciones que experimentaremos a lo largo de nuestra vida pudiéramos escoger nuestro lugar de nacimiento elegiríamos aquellos sistemas sanitarios que ofrecieran la mejor calidad. Así, sin otra información que la de Hussey et al¹, optaríamos por Canadá (ictus isquémico), Australia (infarto agudo de miocardio), EE.UU. (cáncer de mama) o Reino Unido (para evitar la evitar la hepatitis B).

Ningún lugar de nacimiento dominaría en todas las circunstancias (salvo Bilbao por aquello de que nacen donde quieren) o, lo que es lo mismo, ningún sistema sanitario es mejor en todo, y, por otra parte, unas cuantas décadas de investigación sobre servicios sanitarios permiten afirmar que:

1. No existen “modelos” pero sí ejemplos.
2. Podemos optar por casi cualquier posición relativa en el ordenamiento por calidad de los sistemas sanitarios en función del indicador que escojamos. España, por ejemplo, muy bien en transplantes y muy mal en resistencias bacterianas.
3. La calidad puede reducir costes o puede no reducirlos ya que lo relevante es que los beneficios de las intervenciones sanitarias –la valoración de la cantidad y calidad de vida ganadas– superen a los costes sociales de las mismas.
4. Muchos tratamientos efectivos dejan de suministrarse: ¿hasta el 50% de McGlynn et al²?
5. Una parte substancial de la actual atención sanitaria puede eliminarse sin afectar a los resultados en salud: ¿hasta el 33% de Fisher et al³?

Una afirmación normativa

A la luz de los datos expuestos sumariamente en el párrafo anterior parece lógico afirmar que la finalidad de las ac-

tividades profesionales en sanidad y medicina pasa por reducir la brecha entre lo que se está consiguiendo con unos recursos y tecnología dados y lo que podría conseguirse con esos mismos recursos y tecnología. Esta afirmación es poco chocante en una sociedad como la Española de Calidad Asistencial pero menos obvia en aquellos contextos en los que no se consigue que lo socialmente conveniente (la reducción de brecha) sea individualmente atractivo. Aquí radica la cuestión clave: alinear intereses particulares y generales. Lo abordaremos a partir de cuatro constataciones básicas que nos llevarán a analizar los incentivos en los planos social, organizativo e individual para poder cerrar con una recapitulación –basada en pruebas y experimentos naturales– de lo que sabemos acerca del papel de los incentivos para la mejora de la calidad de los servicios sanitarios.

En 2001, la publicación del Informe del Instituto de Medicina de EE.UU. confirmó que entre la asistencia sanitaria que tenemos y la que podríamos tener no sólo existe un trecho sino un abismo. Preocuparse por lo que importa –la efectividad, reducir el abismo en calidad– supone incomprendimientos, luce poco y consigue escasa financiación. Pese a todo, encontramos en nuestra literatura médica publicaciones que informan sobre experiencias validadas de mejora, muchas de ellas obra de miembros de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Como esquema inspirador sirva el trabajo de Salvador Peiró⁴ acerca de la reducción de la brecha entre eficacia y efectividad en el abordaje en España del infarto agudo de miocardio.

Cuatro constataciones

1. Los sistemas sanitarios ofrecen calidad cuando los profesionales sanitarios que asignan los recursos disponen de la información y los *incentivos* convenientes para tomar decisiones coste-efectivas. También revisten importancia, menor que la de los incentivos a profesionales pero mucho mayor que la implicada por su carácter prácticamente tabú en España, los incentivos a usuarios.

2. Aquello por lo que se paga tiene bastante influencia en lo que se consigue. Estamos viviendo la transición del pagar por “ser” hacia el pagar por “hacer” pero nos dirigimos hacia el pagar por “resultado” en coexistencia tanto con el pago por “ser” como con el pago por “hacer”.

3. Existen tres tipos de motivación: extrínseca, en función de las consecuencias externas que esperan conseguirse (por ejemplo, salario), intrínseca, que atiende a las consecuencias de las acciones en el propio individuo (satisfacción con un buen trabajo por ejemplo), y trascendente, preocupada por las consecuencias en otros (por ejemplo, ayudar a un colega).

4. Los incentivos se presentan a tres niveles

a. Las “reglas sociales del juego”

b. Las formas organizativas y el grado de competencia entre ellas

c. La promoción, el prestigio, la estabilidad, la satisfacción, el dinero... en cada individuo.

Tras desarrollar algo más, por su centralidad, la segunda constatación, se pasará al análisis de los tres niveles de incentivos mencionados en la cuarta constatación: social, organizativo e individual.

Pago por “ser”, “hacer”, y “resultado/calidad”

En los primeros conciertos del extinto Instituto Nacional de Previsión con hospitales ajenos a la Seguridad Social se partía de la estructura de éstos para pactar las tarifas. Desde 1978 el también desaparecido Instituto Nacional de la Salud utilizó como criterio fundamental de pago lo que el hospital “era”: grado de especialización de sus servicios, dotación de medios diagnósticos y terapéuticos, calificación de las plantillas, etc. Se desarrolló incluso una parrilla de categorías –desde básico rural a urbano con mucha superespecialización– en la que cualquier centro hospitalario encajaba. Se pagaba pues por “ser”, con la hipótesis implícita –si se quiere– que una mayor complejidad de la oferta iba asociada a una mayor diversidad y gravedad de los enfermos atendidos, hipótesis que obviamente era rechazable en bastantes ocasiones.

Parecía más sensato que los centros sanitarios fueran compensados en función de lo que “hacían” pero –como sabemos– no es lo mismo medir kilowatios o toneladas de acero que estancias o visitas. Fueron los sistemas de ajuste de riesgo los que permitieron clasificar a los pacientes en grupos de isoconsumo de recursos. Si no sabe medirse lo que “hacen” los centros no pueden establecerse comparaciones ni asignarse los recursos (presupuestos, contratos...) a quienes mejor lo hagan. Efectivamente, la carencia de una medida del producto (aunque fuera intermedio) era un problema sanitario como lo era –y continúa siéndolo– en los sistemas de educación, justicia, defensa, policía, o asuntos exteriores. Tampoco algunas actividades de las organizaciones que producen directamente para el mercado se escapan de esta dificultad: relaciones públicas, recursos humanos o planificación estratégica; en ocasiones han de recurrir a una modalidad de *benchmarking*

conocida como método Bruegel o “ciegos conduciendo a ciegos”.

Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) de Fetter, implantados en EE.UU. al inicio del año fiscal de 1984 permitieron aproximar mejor la medida de una parte del producto “intermedio” hospitalario (lo que se “hace”), además de ilustrar una rápida transición de la investigación universitaria sobre servicios sanitarios a la aplicación práctica y su rápida difusión. En España, en 1987, el Consejo Interterritorial del Ministerio de Sanidad y Consumo aprobó establecer un Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria, de acuerdo con los aceptados tanto por el Comité Nacional de Estadísticas Vitales y de Salud de EE.UU., como por la Comisión de las Comunidades Europeas sobre el CMBD, lo cual facilitó la extensión de los GRD.

Los Grupos Clínicos Ajustados (GCA) también vinieron de EE.UU., esta vez de Johns Hopkins, con el ánimo de medir el producto intermedio en atención ambulatoria, y fueron objeto de tempranas validaciones en Andalucía y Cataluña, fundamentalmente. Sin embargo, España continúa sin un CMBD en atención primaria.

Tres sistemas de ajuste de riesgo basados en el diagnóstico pueden ser útiles tanto para un pago capitativo de base territorial como para identificar pacientes tributarios de gestión de casos, seguir el estado de salud de las poblaciones y planificar/evaluar los servicios sanitarios: el mencionado GCA, el de los Clinical Risk Groups (GRG) de 3M y el de las Hierarchical Co-existing Conditions (HCC) de DxCG, citados por el orden de atención que hasta ahora han recibido en España.

“Hacer” no obstante sigue implicando visitas, exploraciones, intervenciones, etc., algunas de las cuales –como las vinculadas con el internamiento hospitalario– podemos aproximar aceptablemente y otras –como la consulta ambulatoria de los hospitales contada con los dedos y sin ajustar– no tanto. En cualquier caso ha sido posible efectuar una transición paulatina desde premiar el “ser” a compensar por “hacer”, manteniendo donde está indicado –cámara hiperbárica, servicio de urgencias rural– el pago por “ser” (en este tipo de servicios cuanto menos “hagan” mejor).

Cuando falta todavía mucho para llegar a medidas satisfactorias de actividad, curiosamente sabemos que ese no es el destino. En una sociedad de enfermos crónicos (diabéticos, EPOC, insuficientes cardíacos...), un mayor frenesí asistencial no suele ser indicio de mejor calidad sino todo lo contrario: Cuanto más (comas, ingresos no programados, visitas de múltiples especialistas, ...) peor. ¿Por qué financiamos públicamente los servicios sanitarios? Por su impacto en la salud. Pensemos, pues, en pagar por él.

Pago por resultado/calidad: desde Hammurabi a la hemoglobina glucosilada pasando por Vietnam

El pago por calidad en sanidad se remonta, como mínimo, al 1600 a. de C. y ha conocido muchas encarnaciones a lo largo de estos últimos milenios. Su última resurrección se produce cuando se liberan los secretos militares de la Segunda Guerra Mundial y tanto la dirección por objetivos

como el pago por resultados se generalizan en la industria o el ejército.

El Código de Hammurabi establece el pago según resultado en las intervenciones. Por ejemplo, en una intervención ocular exitosa: 10 monedas de plata (capas altas, aristócratas, militares...; 5 para capas medias, artesanos, agricultores..., y 2 para esclavos); amputación de la mano del cirujano en caso de fracaso⁵. Observamos, pues, que la valoración de la vida ganada dependía de la persona afectada –tanto tienes tanto vales– y sospechamos que los cirujanos babilónicos tendrían la misma habilidad para seleccionar a los pacientes que la mostrada por los médicos generales ingleses a la hora de influir en los denominadores de pacientes elegibles de cara a conseguir el 97% de todos los puntos posibles en el esquema de pago por calidad, durante el primer año de implantación del mismo (2004-2005: 40.000 dólares más, en promedio, por médico al año)⁶.

McNamara, tras aplicar con gran éxito, durante su época en Ford, el pago por resultados, es nombrado Ministro de Defensa en 1962. Antes de dimitir, o ser dimitido, en 1968 por discrepancias con el entonces presidente Johnson en relación con la escalada en Vietnam, tuvo ocasión de trasladar al ejército algunas de las innovaciones que habían funcionado en Ford. Fracasó particularmente el pago por resultados pues el éxito de las misiones se medía a través del recuento de cadáveres (supuestamente Vietcong). Y cuando se paga por cadáveres... se tienen cadáveres aunque sean de civiles indefensos, particularmente mujeres y niños.

En una enfermedad cardiovascular de origen metabólico, como la diabetes, la calidad de un sistema sanitario no se mide por “ser” (equipos sofisticados) ni por “hacer” (visitas, ingresos) sino por la evitación de las complicaciones macro y microvasculares de la diabetes. De ahí que un parámetro como el de la hemoglobina glucosilada, indicativo del grado de control de la enfermedad, constituya una buena aproximación al resultado/calidad de la atención, muy en la línea de Hammurabi y sin los estragos que la conocida potencia de los incentivos causó en Vietnam por una mala definición del resultado que se debía conseguir.

Incentivos institucionales

El primer nivel de incentivos atañe a las restricciones, formales (leyes, por ejemplo) e informales (costumbre, por ejemplo), creadas por el hombre que estructuran sus interacciones económicas, sociales, políticas... así como sus mecanismos de salvaguarda. Un aspecto de la salvaguarda viene dado por los mecanismos de las instituciones, o “reglas de juego”, para hacer cumplir en primera persona (código moral), en segunda persona (venganzas en caso de incumplimiento) y en tercera persona: de manera informal y descentralizada –caso de las redes sociales y comerciales– o de manera formal –el sistema de justicia.

Estas “reglas de juego”, resultado de un proceso intencional pero no previsible, utilizan o adaptan instintos ya existentes como el disgusto (desarrollado originariamente para evitar envenenamientos e intoxicaciones), el sentido de culpa, el impulso a la justicia o el sentido de vergüenza.

En Sanidad, además de las reglas de juego formales, dos instituciones de carácter fundamentalmente informal tienen gran importancia:

1. Las normas clínicas entendidas como conjunto de comportamientos que una profesión estima aceptables con su correspondiente mecanismo de sanciones, positivas y negativas, así como los valores y percepciones compartidas sobre el significado de la profesionalidad.

2. El tipo de relación existente entre la medicina y la industria farmacéutica. Cómo afecta a los aspectos clínicos y financieros de la práctica clínica, la investigación (sociedades científicas, congresos, revistas) y a la formación.

Las reglas de juego, en general, tienen gran inercia pero son mutables y de diferente calidad entre países, entendiéndose por calidad de una “regla de juego” la capacidad de hacer individualmente atractivo lo socialmente conveniente.

Incentivos organizativos

Tanto el tipo de organización en que se trabaja (pública o privada, por cuenta propia o por cuenta ajena) como el grado de competencia entre las organizaciones sanitarias determinan la fuerza y adecuación de los incentivos.

La espuela del beneficio, que estimula en numerosos terrenos a las organizaciones, sólo tiene aplicación limitada en sanidad; de ahí que deba lidiarse con formas organizativas muy diversas. Entre las organizaciones públicas puras (con apropiación pública de los beneficios y derechos residuales de decisión públicos) y las organizaciones privadas puras (con apropiación privada de beneficios y derechos residuales de decisión privados) existen formas intermedias muy prevalentes en sanidad, como las organizaciones sin finalidad lucrativa o las oficinas de farmacia (concesiones).

El problema más importante de las organizaciones sanitarias públicas en España es que no pueden adaptarse a la creciente importancia del conocimiento como factor productivo. La conveniente y manida descentralización viene limitada, políticamente, por la falta de autonomía de los centros y, técnicamente, por la dificultad para evaluar la actividad asistencial ajustando razonablemente por las variables –de paciente y entorno– que el evaluado (servicio o persona) no controla.

Una atención primaria, muy funcionarizada en comparación con la mayor parte de los países, proporciona recorrido potencial para el trabajo asociado por cuenta propia. Por lo tanto, cabría recurrir a fórmulas organizativas que utilizaran los incentivos de la propiedad, procurando, sin embargo, que la regulación evitara los inconvenientes de dichas fórmulas. Inconvenientes derivados fundamentalmente de una eventual selección de pacientes y del alto riesgo de cortocircuito entre consideraciones financieras y consideraciones clínicas.

Pese a la importancia incentivadora de las formas organizativas todavía resulta más importante el tipo de competencia existente entre organizaciones. La competencia por comparación, los torneos, nada tienen que ver con el mercado. En organizaciones todavía más monopólicas que las sanitarias,

como la Agencia Tributaria, una competencia por comparación entre inspectores, ajustando por bases impositivas, hubiera podido evitar casos de corrupción amén de estimular la eficiencia. Poco se innovará cuando no existe necesidad porque tanto la organización como el individuo tienen garantizada su supervivencia.

Incentivos individuales

El tercer nivel de incentivos, referido a personas, pretende estimular un cambio positivo en el comportamiento. Se conocen, y han sido objeto de evaluación, diversos instrumentos que permiten mejorar la actuación profesional, destacando las intervenciones multicomponente: auditoría clínica, educación, informatización, gestión de la calidad, estímulos financieros...

“That any sane nation, having observed that you could provide for the supply of bread by giving bakers a pecuniary interest in baking for you, should go on to give a surgeon a pecuniary interest in cutting off your leg, is enough to make one despair of political humanity. But this is precisely what we have done... Scandalized voices murmur that these operations are necessary. They may be. But we take good care not to make the hangman and the housebreaker the judges of that. If we did, no man's neck would be safe and no man's house stable.”

George Bernard Shaw: The Doctor's Dilemma, 1906

“Well then, says I, what's the use you learning to do right when it's troublesome to do right and ain't no trouble to do wrong, and the wages is just the same.”

Mark Twain: Adventures of Huckleberry Finn, 1884

Uno de cada ocho hospitales japoneses aceptó una tarifa prospectiva por tipo de enfermedad... la cantidad de medicamentos suministrada a los pacientes ingresados disminuyó en un 83%. Los médicos japoneses prescribían y dispensaban los medicamentos... el Ministerio de Salud y Bienestar quiere acabar con esa práctica.

The Economist, 19 de octubre 1996

Cuando nos centramos en los incentivos financieros, los experimentos naturales y la literatura clásica (Mark Twain, George Bernard Shaw, Jules Romains...) resultan más informativos, por una vez, que la red Cochrane (que viene a decir que las formas de pago no son neutras) para disponer de conocimiento acerca de la potencia, excesiva con frecuencia, de los incentivos financieros.

Salario, acto y capitación son las 3 peores formas de compensación conocidas, de ahí que se haya evolucionado hacia sistemas mixtos, especialmente en el ejercicio por cuenta propia en sistemas nacionales de salud (Australia, Dinamarca, Noruega, Nueva Zelanda, Reino Unido...). En los sistemas “Bismarck” –más basados en la seguridad social, como Alemania, Austria, Bélgica, Corea, Francia, Japón, Suiza...– el pago por acto mantiene su influencia. En hospitales suelen predominar los salarios.

En ocasiones, los pagos por acto o por salario se modifican para fundamentarlos más en formación, capacidad, esfuerzo y habilidades necesarias (*resource-based value scales*) para reivindicar, entre otras cosas, la silla como mejor instrumento diagnóstico y mitigar la dictadura que la *fascinación tecnológica* ejerce tanto en profesionales como en usuarios.

En las circunstancias donde no existe capacidad individual aislada de reacción ante cambios en los incentivos, suele introducirse el estímulo grupal.

El pago capitativo cuando se aplica también en el segundo nivel de incentivos pretende estimular en las organizaciones tanto la longitudinalidad como que cada problema se atienda en el lugar con mayor capacidad resolutoria⁷.

Existen diversas experiencias de pago por calidad: en Australia, desde 1994; en EE.UU. en un importante ensayo piloto del Center for Medicare and Medicaid Services así como en más de 100 iniciativas privadas en Reino Unido donde desde 2004 se valoran 146 criterios de calidad en los médicos de cabecera, etc.

Existen valoraciones positivas pero un juicio global de las experiencias de pago por calidad nos obliga a ser cautos⁸, especialmente por los siguientes problemas:

1. El ejercicio profesional supone tareas múltiples. Resulta demasiado fácil distorsionar tanto la actividad como los registros hacia las tareas “premiadas”.

2. Con frecuencia la calidad constituye un atributo de los grupos y sistemas más que de los individuos, lo que convierte en inocuos los incentivos individuales.

3. La selección de pacientes –desde Hammurabi a los cabeceras ingleses– debe preverse como respuesta razonable ante los efectos adversos de un indicador de calidad.

4. El pago por calidad requiere actuar sobre las dos patas restantes del trípode organizativo: la descentralización de derechos de decisión y la evaluación del comportamiento, particularmente difícil esta última, por la necesidad de ajustar por variables, de paciente y de entorno, no controladas.

5. El pago por calidad resulta insuficiente por sí solo. Se necesitan cambios de comportamiento en otros actores, apoyo computarizado a las decisiones clínicas, publicación y transparencia en resultados, incentivos a usuarios...

6. Conviene huir de la idea simplista del incentivo como forma de combatir la aversión al esfuerzo y al riesgo. Es necesario tener presente la motivación intrínseca: las preferencias de las personas por el trabajo interesante, la búsqueda de aprobación social (por colegas en particular) así como la presencia de reciprocidad e incluso de “castigadores altruistas”, individuos dispuestos a sacrificar “huevo por fuera”⁹. Hay que tener mucho cuidado con la posible expulsión de la motivación intrínseca (gusto por el trabajo, profesionalismo, reciprocidad...) por la introducción de incentivos explícitos externos... y más cuidado todavía en sustituir normas sociales o profesionales correctas –reglas de juego que alineen intereses sociales e individuales– por transacciones de mercado. La indignidad no debe comprarse con multas; hay que pagarla con vergüenza.

Recapitulación

– La calidad bien entendida pasa por aprender en cabeza ajena sin perder de vista la necesaria profilaxis del descontento profesional en España. Hay que abordar tanto los salarios como las condiciones de ejercicio.

– De la misma forma que una tasa bruta de mortalidad quirúrgica indica muy poco, un salario no ajustado por cantidad de horas trabajadas y por calidad de los servicios prestados tampoco resulta informativo. La productividad aparente de los clínicos baja... y no hay problema en que así sea; la que no puede bajar es la productividad ajustada por calidad. Pueden disminuir el número de infartos atendidos por médico pero han de producirse mejoras en supervivencia postinfarto por médico (calidad, aunque en este caso bastante atribuible a innovaciones farmacológicas).

– Socialmente no importan tanto los sueldos como la repercusión de los sueldos en costes. Sueldos bajos con poca dedicación y peor organización supondrán costes elevados. Sueldos altos con dedicación y buena organización implican costes bajos por proceso. De la misma forma que las comparaciones internacionales significativas se realizan por procesos (por ejemplo, ictus isquémico) también debe realizarse la comparación de costes salariales por procesos.

– Las condiciones de autonomía responsable aumentan la satisfacción de los trabajadores pero difícilmente pueden concederse por centros sanitarios que no la poseen.

– Existen tres niveles de incentivos, por orden decreciente de inercia: “reglas de juego” sociales, organizativos e individuales.

– Caben actuaciones en el primer nivel tanto sobre normas clínicas como sobre las relaciones medicina-industria farmacéutica.

– Las comparaciones internacionales resultan preocupantes para el segundo nivel, el organizativo, pues España aparece como excesivamente uniforme y esclerótica. A corto plazo nada se notará. A medio y largo plazo será cuestión de no viajar para no darse cuenta de la inevitable pérdida de posición relativa derivada de una productividad, ajustada por calidad, estancada.

– La incentivación individual engloba muchos más aspectos que el de la retribución. La retribución, por su parte, desborda tanto el corto plazo (importancia de las carreras profesionales) como a los individuos (importancia de los microequipos).

– Entre la panoplia de instrumentos para mejorar la calidad aparecen los incentivos.

– Incluso su consideración conjunta con auditorías clínicas, educación, informatización, transparencia y publicación de resultados puede afectar menos la calidad que alternativas aparentemente tan sencillas como poder seleccionar personal. Un grupo humano con los conocimientos, habilidades y *actitudes* correctas producirá calidad si con esos perfiles se ha escogido.

– Los incentivos han de lidiar tanto con la *fascinación tecnológica*¹⁰ como con la tendencia fácil hacia el *cinismo satisfactor* (satisfacción de usuarios, por otra parte, lo más fácil de medir).

– La relación de trabajo es una relación social. Hay que tener particular cuidado con prácticas gestoras, excesivamente incentivadoras, que puedan destruir realidades fructíferas como la presencia de reciprocidad como fuente de cooperación voluntaria, la relevancia de la aprobación social o el gusto por el trabajo interesante.

– No obstante, si se introducen incentivos, han de tener una cuantía suficiente para compensar tanto los malos gestos de vagos –antes “legales” y ahora destapados– como el igualitarismo, esa tendencia humana, sindicalmente reforzada, arraigada y comprensible cuando la fuente de la diferenciación no era legítima, pero no adaptada a un entorno actual, bastante cambiado respecto al que generó esa tendencia al igualitarismo.

– Y puestos a introducirlos, que sea de forma muy tímida y gradual, detrayéndolos del presupuesto inicial para repartirlos a final de ejercicio.

Un futuro razonable en incentivos para la calidad pasaría por:

– Evolucionar hacia medidas indicativas de resultados finales empezando por las que señalan buen control de enfermedades crónicas.

– Mientras se dispone de las “hemoglobinas glucosiladas” de todas las enfermedades crónicas, hay que continuar estimulando el “producto intermedio”, la actividad, ajustando, eso sí, por las variables que el evaluado no controla. No caben aquí ni condiciones suspensivas (a la parálisis por el análisis) ni compromisos imprudentes: simplemente trabajo continuado, como el realizado por la SECA, teniendo una cierta idea de hacia dónde se va y de cuáles son las medidas que deben tomarse ya (CMBD en primaria, autonomía responsable, descentralización efectiva, interactividad en historias clínicas, introducción del trabajo clínico por cuenta propia y de la competencia por comparación entre centros...) para garantizar la auténtica sostenibilidad del sistema sanitario: la que proporciona su legitimidad por derivarse tanto de un proceso decisorio más transparente que el actual como de una comparación favorable entre resultados en términos de cantidad y calidad de vida y recursos sociales empleados.

Bibliografía

1. Hussey P et al. How does the quality of care compare in five countries? *Health Affairs* 2004;23:89-99.
2. McGlynn E et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *New Engl J Med.* 2003;348:2635-45.
3. Fisher E et al. The implications of regional variations in Medicare spending. *Annals of Internal Medicine* 2003;138:273-87 y 288-98.
4. Peiró S. De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la atención a la salud. En Ortún V, editor. *Gestión Clínica y Sanitaria*. Barcelona: Masson-Elsevier; 2003.

5. Spiegel A, Springer C. Babylonian medicine, managed care and Codex Hammurabi, circa 1700 B.C. *Journal of Community Health* 1997;22:69-89.
6. Doran T et al. Pay-for-performance in family practices in the United Kingdom. *New Engl J Med*. 2006;355:375-84.
7. Ortún V, López-Casasnovas G. Financiación capítativa, articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias. Madrid: Fundación BBVA; 2002. Documentos de trabajo n.º 3. Accesible en: <http://www.econ.upf.es/~ortun/publicacions/paper32.pdf>
8. Rosenthal M, Frank R. What is the empirical basis for paying for quality in health care? *Medical Care Research and Review*. 2006;63:135-57
9. Fehr E, Gächter S. Altruistic punishment in humans. *Nature*. 2002;415:137-40.
10. Peiró S, Bernal-Delgado E. ¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud? *Gac Sanit*. 2006;20 Supl 1:110-6.