

Resumen

En este artículo se abordan los nuevos sistemas de pago a proveedores sanitarios en seis países, y se examina en qué medida dichos sistemas incluyen incentivos ligados a la mejora de la coordinación y/o la calidad de los cuidados prestados. Con el fin (prioritario) de incentivar la coordinación de los cuidados, los países asignan a los proveedores una responsabilidad compartida sobre sus beneficios, realizando pagos agregados. Por el contrario, para incentivar (prioritariamente) la calidad de los cuidados se suele remunerar a un único proveedor (el médico de familia o el hospital), al que se responsabiliza de la obtención de unos resultados de alta calidad. Si bien existen enfoques prometedores tanto con el pago enfocado en la coordinación de los cuidados como con el pago orientado a la calidad, los países no se están planteando actualmente alcanzar ambos objetivos de forma simultánea. Por tanto, se observa la necesidad de desarrollar fórmulas de pago que incentiven tanto la calidad como la coordinación de los cuidados prestados a los pacientes.

Palabras clave: pago, reembolso, incentivos, cuidados integrados, calidad.

Abstract

This paper focuses on new payment mechanisms in six countries and examines to what degree they include incentives for providers to improve coordination and/or quality of care. To (primarily) incentivize care coordination, countries give providers shared responsibility for their profits as they bundle payments. On the other hand, incentivizing (primarily) quality of care usually rewards one provider (GP or the hospital) who/which is responsible for delivering high-quality outcomes. Although promising approaches exist both for paying for care coordination and for paying for quality, countries do not currently aim at achieving both objectives at the same time. Thus, there is a need to develop payment mechanisms that incentivize both quality and care coordination.

Key words: payment, reimbursement, incentives, integrated care, quality.

JEL classification: I11, I13, I18.

SISTEMAS DE PAGO PARA MEJORAR LA CALIDAD, EFICIENCIA Y COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS. UN MARCO Y EJEMPLOS NACIONALES (*)

Reinhard BUSSE

Miriam BLÜMEL

Departamento de Gestión de Cuidados Médicos, Universidad Tecnológica de Berlín

I. INTRODUCCIÓN

La cuestión de la atención de las personas con enfermedades crónicas está cobrando creciente importancia en los países industrializados. De forma paralela al envejecimiento de la población, la carga de las enfermedades crónicas está aumentando de manera imparable. No obstante, hoy en día las enfermedades crónicas han dejado de ser consideradas un problema exclusivo de los ricos y los mayores, pues sabemos que, en los países de renta elevada, este es un fenómeno que puede afectar igualmente a personas pobres, jóvenes y de mediana edad. Esto tiene serias consecuencias económicas, como queda patente en el incremento del gasto en atención crónica registrado en todos los países.

Las enfermedades crónicas, como enfermedad cardiovascular, diabetes, asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), pero también cáncer, VIH/sida y enfermedades mentales, tienen en común que precisan de una respuesta de larga duración, coordinada por diferentes profesionales sanitarios, especialmente cuando cursan como enfermedades múltiples. Los modelos de cuidados integrados responden al hecho de que las enfermedades crónicas rara vez pueden ser tratadas de forma

aislada unas de otras. Estos modelos organizan el tratamiento de modo que los proveedores coordinen mejor, y potencialmente integren, los cuidados, con la meta de prestar una atención de mayor calidad a la vez que eficiente. No obstante, el reto sigue siendo encontrar una forma de pagar a los proveedores que incentive la consecución de estos objetivos (Busse *et al.*, 2010; Nolte *et al.*, 2008).

En el presente artículo analizamos los incentivos implícitos en los mecanismos de pago tradicionales, así como los de los nuevos métodos que pretenden incentivar la coordinación de los cuidados y la calidad de los mismos, a la vez que una eficiencia (más) alta. A tal fin, empezamos desarrollando un marco analítico que luego nos servirá de base para describir y analizar los enfoques aplicados actualmente en Australia, Francia, Alemania, Países Bajos, Reino Unido y Estados Unidos. Por último, exponemos sus ventajas e inconvenientes en cuanto a la mejora de la calidad, la eficiencia y la coordinación de los cuidados de pacientes crónicos.

II. SISTEMAS DE PAGO TRADICIONALES E INCENTIVOS PREVISTOS

Los sistemas de pago a proveedores constituyen una pieza

clave del rendimiento de cualquier sistema sanitario, y las exigencias que recaen sobre ellos son, consecuentemente, elevadas (Barnum *et al.*, 1995; Chaix-Couturier *et al.*, 2000; Robinson, 2001). Idealmente, los sistemas de pago a los proveedores deberían motivar a los actores del sistema sanitario para prestar un tratamiento y unos servicios apropiados, desincentivar la selección de riesgos y animar a los proveedores a conseguir unos resultados de salud óptimos, todo ello de manera compatible con la eficiencia técnica, la racionalización administrativa y la contribución a la eficiencia general del sistema sanitario mediante el control del gasto.

El cuadro n.º 1 ofrece una visión general de los tipos más frecuentes de sistemas de pago a los proveedores, junto con sus ventajas e inconvenientes teóricos respecto a los principales objetivos declarados más arri-

ba, si bien se podría discutir sobre el grado exacto de los incentivos declarados (1). Por un lado, los sistemas de pago retrospectivos o por servicio (conocidos en el mundo anglosajón como *fee-for-service*) proporcionan fuertes incentivos a los proveedores para que sean «productivos», tratando al máximo número de pacientes y haciendo todo lo que puedan por ellos. No obstante, también pueden conducir a niveles de servicio inadecuados o incluso innecesarios (incurriendo en lo que denominaríamos demanda inducida por el oferente), son administrativamente complejos y no promueven el control del gasto. La eficiencia técnica no está presente, ya que los proveedores son remunerados por cada servicio que prestan. Por el contrario, los incentivos en los modelos de corte capitativo son diametralmente opuestos a los de los modelos de pago retrospectivo. Si bien son administrativamente sencillos y técnicamente

eficientes, la capitación no premia a los proveedores que evitan la selección de riesgos en beneficio de los pacientes con (múltiples) enfermedades crónicas. En su lugar, es más probable que esta fórmula de pago incentive a los proveedores a derivar pacientes a otros proveedores, al tiempo que posiblemente los llevará a ceñirse a directrices de política sanitaria basada en la evidencia (si estas reducen o evitan las complicaciones). Un mejor ajuste de riesgos podría paliar el inconveniente de no tener en cuenta adecuadamente las necesidades de los pacientes, si bien esto podría contrarrestar las ventajas relativas a la simplicidad administrativa. Los principales métodos de pago en el cuidado ambulatorio, ya se trate de modelos de tipo capitativo o de pago retrospectivo, tienen en común que no premian la calidad de los resultados de salud.

Para los servicios hospitalarios, los presupuestos globales y los pagos por caso basados en grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) son las formas típicas de pago. Los presupuestos globales basados en los costes históricos son sencillos en términos administrativos y contribuyen al control del gasto, pero se corre el riesgo de que los hospitales no sean activos a la vez que desatienden las necesidades de los pacientes, la idoneidad y calidad de los cuidados, y por consiguiente, los resultados. Los sistemas de pago por caso basado en GRD envían un incentivo más fuerte para ser eficientes y productivos —al menos, por lo que respecta al número de casos— pero, en su forma «pura» (es decir, basados exclusivamente en diagnósticos con escasa o nula consideración de las complicaciones y los procedimientos), se corre el riesgo de desatender igualmente las necesidades de

CUADRO N.º 1

TIPOS BÁSICOS DE SISTEMAS DE PAGO E INCENTIVOS PREVISTOS EN RELACIÓN CON LOS OBJETIVOS SELECCIONADOS

Sistema de pago	Selección de riesgos	ACTIVIDAD		Control del gasto	Eficiencia técnica	Calidad de los resultados	Simplicidad administrativa
		N.º de casos	N.º de servicios/casos				
Pago por servicio	+	+	++	--	0	0	--
Salario	0	-	-	+	0	0	++
Per cápita....	--	+	--	+	+	0	+
	(sin ajuste de riesgos)						
Presupuestos globales	0	-	--	+	0	0	++
Pago por caso basado en GRD	-	++	--	0	+	-	-
	(si insuficiente consideración de gravedad y servicios prestados)				(si complicación = comorbilidad)		

Nota: ++ / --, fuerte incentivo en sentido positivo o negativo; + / -, incentivo moderado en sentido positivo o negativo; 0, nulo incentivo en ambos sentidos (o dependiente de datos específicos sobre implementación).

Fuente: Elaboración propia de los autores, basada en Barnum *et al.* (1995), OMS (2000) y Geissler *et al.* (2011).

los pacientes y la idoneidad de los cuidados, al menos si no se realiza el debido ajuste para reflejar la gravedad y el tratamiento necesario (Busse *et al.*, 2013). Finalmente, dado que los incentivos proporcionados por los salarios son solo moderados, estos métodos de pago no presentan ventajas ni inconvenientes concluyentes.

Para superar las limitaciones de los sistemas de pago tradicionales, los países han desarrollado e implantado un abanico de fórmulas de pago mixtas en cuidados ambulatorios, así como en el sector de pacientes hospitalizados. Por ejemplo, en cuidados ambulatorios se suele utilizar un modelo capitolativo para pagar a los médicos por dispensar los servicios básicos que se esperan normalmente de un facultativo. Estos pagos básicos capitolativos pueden ser complementados por pagos por ciertos servicios que resultarían infraprovisos en el sistema de corte capitolativo, o bien que requieren de una técnica o una tecnología especial.

En resumen, cabe destacar tres ideas: 1) prácticamente todos los sistemas de pago proporcionan incentivos contrapuestos en cuanto a «actividad» y «control del gasto», con una ventaja relativa a favor de los nuevos desarrollos capitolativos y GRD en términos de eficiencia; 2) por sí mismo, ningún sistema emite incentivos positivos para producir resultados de alta calidad, un hallazgo preocupante sobre todo para los enfermos crónicos, y 3) ningún sistema emite incentivos para la coordinación de los cuidados, ya sea porque incentivan la actividad y, por tanto, desalientan la derivación de pacientes, o bien porque desincentivan la actividad y, por tanto, alientan una sobrederivación de pacientes. Además, los sistemas

de pago tradicionales están diseñados con arreglo a los diferentes sectores de atención sanitaria. Por consiguiente, representan un importante obstáculo para una mejor coordinación de los cuidados entre los hospitales y la asistencia ambulatoria.

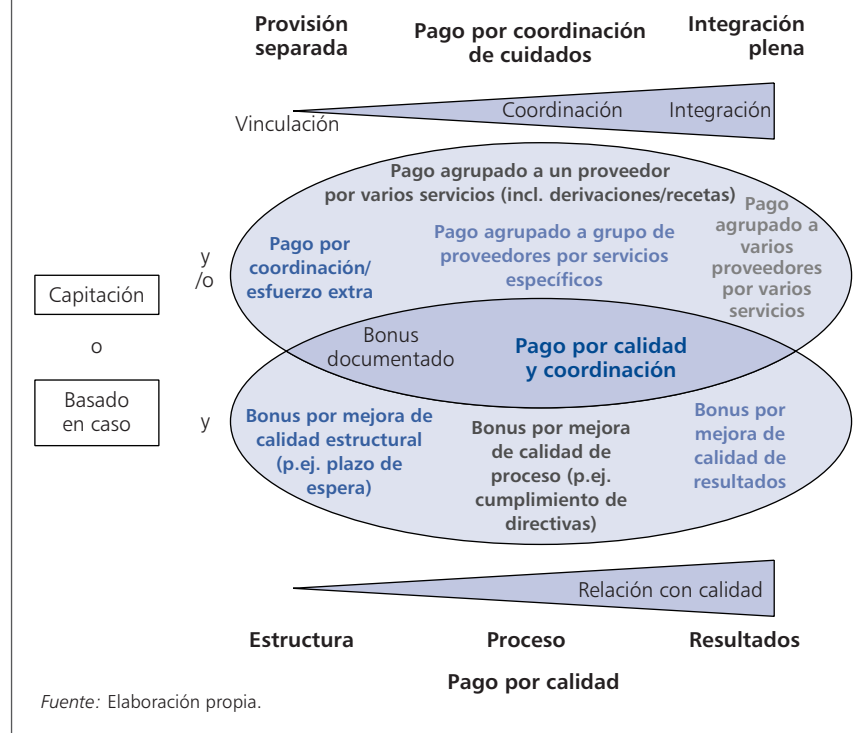
III. UN MARCO DE REFERENCIA PARA ANALIZAR LOS PAGOS POR LOS PACIENTES CRÓNICOS

Todos los países industrializados se enfrentan al mismo desafío: cómo alinear sus sistemas de pago para incentivar y premiar tanto una mayor calidad como una mejor coordinación e integración de los cuidados, sin renunciar a las ganancias de eficiencia experimentadas bajo los modelos de

pago capitolativo y por caso basados en GRD. No obstante, los países pueden elegir —simplificando— entre dos rutas diferentes: o bien incentivar la calidad o bien incentivar la coordinación de los cuidados (gráfico 1).

Para incentivar la coordinación de los cuidados, los países asignan a los proveedores una responsabilidad compartida sobre sus beneficios, realizando pagos agregados: 1) a un proveedor, 2) a un proveedor por varios servicios, 3) a varios proveedores por la prestación de servicios especiales, o 4) a varios proveedores y por varios servicios. El pago a los proveedores por prestar cuidados integrados incentiva principalmente la eficiencia dentro de la red del proveedor, dejando en un segundo plano la calidad de los

GRÁFICO 1
FÓRMULA DE PAGO PARA INCENTIVAR LA COORDINACIÓN Y LA CALIDAD. UN MARCO DE REFERENCIA



cuidados para el paciente. A fin de obtener mayores beneficios, los proveedores podrían verse incentivados a infraprestar servicios, o a seleccionar solo pacientes con buenos riesgos.

En cambio, utilizar un método incentivador de la calidad de los cuidados suele premiar a un proveedor (que generalmente será un médico, aunque también puede ser, si bien menos frecuentemente en el caso de enfermos crónicos, un hospital), al que se responsabiliza de la obtención de unos resultados de alta calidad respecto a: 1) estructuras, 2) procesos o 3) resultados del cuidado. Como se observa en el gráfico 1, pese a que existen enfoques cuyo modelo de pagos incentiva tanto la coordinación como la calidad de los cuidados, estos vienen identificados por un área de intersección mínima. Aún no parece haberse desarrollado completamente una fórmula de pago que provea de incentivos financieros favorecedores tanto de la coordinación como de la calidad de los cuidados.

IV. PAGO ORIENTADO (PRIORITARIAMENTE) A INCENTIVAR LA COORDINACIÓN DE LOS CUIDADOS

El análisis sugiere que uno de los principales obstáculos para una mejor atención de los pacientes crónicos es la falta de coordinación en los sistemas sanitarios. Los enfoques estructurados, como los Programas de Gestión de Enfermedades (DMP, por sus siglas en inglés) y los modelos de atención integrada para pacientes con enfermedades múltiples, tienden a imbricarse entre diferentes capas de unos sistemas sanitarios cada vez más diferenciados (Busse *et al.*, 2010).

Como se describe en la sección II, todos los métodos de pagos tradicionales utilizados para remunerar a los proveedores de asistencia sanitaria resultan insuficientes en cuanto a coordinación de los cuidados, sobre todo en el caso de pacientes crónicos. Como respuesta al desafío planteado por las enfermedades crónicas, han ido surgiendo numerosas iniciativas y modelos encaminados a mejorar la coordinación de los servicios a lo largo de los cuidados continuos requeridos por las personas con enfermedades crónicas (pudiendo ir, o no, acompañados de los incentivos financieros adecuados).

Hay considerables variaciones entre los enfoques de gestión de enfermedades crónicas que se están implantando en las diferentes instalaciones sanitarias (Nolte *et al.*, 2008).

Boon *et al.* (2004) identificaron siete tipos de provisión, con diversos grados de coordinación. Si se ve como un continuo, uno de los dos polos estaría representado por la «provisión separada», y el otro, por la «integración plena de disciplinas» para servicios terapéuticos, rehabilitativos y preventivos (gráfico 1). En segundo lugar en orden ascendente de coordinación está la «práctica paralela», en la cual los profesionales trabajan de forma independiente y llevan a cabo servicios de forma independiente. La «práctica consultiva» es aquella en la que se comparte información sobre los pacientes de manera informal, caso a caso. Avanzando en dicho continuo está la «práctica coordinada», donde el intercambio de datos sobre pacientes está relacionado con determinadas enfermedades, y las terapias se administran a través de una estructura formal. A menudo, un coordinador de

caso supervisará el intercambio de las fichas clínicas de pacientes. Un modelo avanzado de este tipo de práctica es el «equipo multidisciplinar», que está más formalizado, cuenta con más miembros y, con frecuencia, presenta estructuras de equipo claras con subequipos y responsables de equipo. Un «equipo interdisciplinar» es aquel en cuyo seno se toman las decisiones en grupo, se desarrollan políticas comunes y periódicamente se celebran encuentros presenciales. Por último, la «práctica integradora» se basa en una visión común y aporta un «flujo continuo de toma de decisiones y de cuidados y soporte centrado en el paciente» (Boon *et al.*, 2004; Busse *et al.*, 2010).

Cabe presumir que los proveedores tenderán a involucrarse menos en los modelos de cuidados integrados salvo que cuenten con incentivos financieros para ello (Steuten *et al.*, 2002; Schiøtz *et al.*, 2008). Uno de los grandes obstáculos para establecer acuerdos de coordinación de los cuidados y sistemas cooperativos de larga duración es la financiación fragmentaria de los servicios y los proveedores (Struijs *et al.*, 2010). La provisión de un servicio fragmentado puede achacarse hasta cierto punto a la no percepción de una responsabilidad común (rendición de cuentas) entre los diferentes proveedores (Kilbourne *et al.*, 2010). Los cuidados integrados requieren de pagos integrados, es decir, un pago agregado respecto de todos los servicios, así como para todos los proveedores, que incentive a estos a compartir la responsabilidad financiera por el conjunto del continuo de los cuidados. Así pues, los mecanismos de pago deben adaptarse para retribuir la participación en los nuevos esquemas, tales como equipos

multidisciplinares para tratar enfermedades crónicas (Glasgow *et al.*, 2008).

Los modelos de cuidados integrados difieren en su nivel de coordinación, así como en el nivel de pago. Para analizar mejor los enfoques recientes, identificamos cuatro niveles de integración del pago:

Primer nivel: incentivos financieros ligados a la coordinación o el esfuerzo adicional.

Segundo nivel: incentivos financieros ligados a la agregación entre los distintos servicios (prescritos por un mismo proveedor).

Tercer nivel: incentivos financieros ligados a la agregación entre proveedores (pero restringidos a una serie de actividades; por ejemplo, solo las relacionadas con una enfermedad).

Cuarto nivel: incentivos financieros ligados a la agregación entre proveedores y servicios.

Todos los países considerados en el presente trabajo han implementado modelos interesantes en su sistema sanitario para mejorar la coordinación de los cuidados. Sin embargo, presentan notables diferencias en lo que respecta al nivel de incentivos financieros utilizados para estimular a los proveedores no solo a evitar la selección de riesgos, sino a prestar unos cuidados adecuados entre los distintos servicios y los demás proveedores.

Ejemplos nacionales

Como parte de una estrategia más amplia para reformar el fragmentado sistema sanitario de atención primaria en *Australia*, el Australian Government Department of Health and Ageing (DoHA) in-

trodujo el Practice Incentives Program (PIP) en 1998 (Cashin y Chi, 2011). Tratando de evitar los inconvenientes de los pagos retrospectivos (o por servicio) —que constituye el esquema de pago tradicionalmente utilizado para los médicos de familia en Australia—, el PIP apuesta por un modelo de pago mixto, que ofrece una parte de los fondos a los facultativos que no estaba relacionada con el volumen de pagos por servicio. Aparte de pagos de incentivos por los elementos más amplios relativos a una práctica de calidad (véase sección V), el PIP también incluye incentivos directos a los médicos por actividades específicas de gestión de enfermedades crónicas llevadas a cabo con pacientes crónicos. Puede distinguirse entre tres tipos de pago por la gestión de la enfermedad: 1) pagos iniciales; por ejemplo, los pacientes se registran o se enrolan y facilitan sus datos para las fichas clínicas; 2) incentivos por servicios; por ejemplo, pagos por cada ciclo de cuidados finalizado, y 3) resultados de servicios; por ejemplo, pago por la consecución de un objetivo de finalización (Australian Institute for Primary Care, 2008). Si bien estos tipos de pago constituyen un enfoque para mejorar la coordinación de los cuidados, no superan aún la fragmentación de los servicios y los proveedores.

Aunque *Francia* ofrece incentivos financieros a los médicos para mejorar los cuidados de los enfermos crónicos en términos de estructura y calidad de los procesos (véase CAPI, en la sección V), también ha adoptado fórmulas de pago encaminadas a la mejora de la coordinación de los cuidados entre los proveedores de servicios sanitarios. Esto se concreta en el desarrollo de nuevas estructuras de práctica en

atención primaria que hagan mayor énfasis en la prevención y la coordinación de los cuidados. A este fin, la Ley de 2007, de Financiación de la Seguridad Social, contempló un periodo de cinco años a partir de enero de 2008 para experimentar con esquemas de remuneración suplementarios o sustitutivos del pago por servicio en la atención primaria. En este marco, los grupos de práctica podrán elegir entre diferentes paquetes de remuneración por la provisión de servicios sanitarios específicos (Lorenza *et al.*, 2010).

Encontrar una manera efectiva de financiar la práctica grupal como las Multidisciplinary Health Houses (MHH) ha sido un objetivo desde hace mucho tiempo en Francia. Las MHH designan estructuras grupales de práctica en las que profesionales autónomos de la medicina y la paramedicina se reúnen en un mismo centro dedicado a ello específicamente. Estas estructuras están dirigidas a mejorar la gestión de enfermedades crónicas y la efectividad de la prestación de los cuidados reorientando el foco desde la asistencia terapéutica en el caso de los enfermos graves hacia la prevención y la coordinación de los cuidados. También buscan mejorar la accesibilidad (con un horario de apertura más largo) y la eficiencia en la cooperación entre profesionales (en particular entre los médicos de familia y las enfermeras) y la dispensación de los cuidados.

En *Alemania*, la Ley de Reforma SHI aprobada en 2000 introdujo nuevas disposiciones sobre los cuidados integrados, con la finalidad de mejorar la cooperación entre los médicos ambulatorios y los hospitales sobre la base de contratos entre las mutuas y proveedores individuales, o gru-

pos de ellos, pertenecientes a diferentes especialidades. Debido a las barreras jurídicas y financieras, solo cristalizaron unas pocas iniciativas a partir de estas disposiciones legales. La Ley de Reforma del Esquema de Remuneración de la Estructura de Riesgos aportó nuevos incentivos para los cuidados transversales entre sectores a partir de 2002, en el contexto de programas de gestión de enfermedades. Con la Ley de Modernización SHI, en vigor desde 2004, los cuidados integrados se han reforzado aún más y las normas sobre responsabilidad se han aclarado. La Ley ha facilitado la implantación de modelos de cuidados integrados, al suprimir las barreras existentes desde que se introdujera por primera vez el concepto de cuidados integrados en 2000: así, hizo innecesaria la formalización de los contratos de cuidados integrados para extenderlos a las modalidades de atención ambulatoria e ingreso hospitalario, bastando con que estén involucradas diferentes categorías de proveedores dentro de una misma modalidad (por ejemplo, médico de familia y proveedores de cuidados de larga duración ambulatorios) (Busse y Blümel, 2014).

Como incentivo financiero, entre 2004 y 2008 se obligó a las mutuas a provisionar un 1 por 100 de los recursos financieros correspondientes a médicos ambulatorios y cuidados hospitalarios y reservar dichos fondos para los contratos de cuidados integrados. Estos recursos solo podían destinarse a los cuidados integrados en la región del colegio de médicos respectivo, y debían reintegrarse en caso de no consumirse en su totalidad. Así, durante cinco años, los cuidados integrados representaron un sector separado para el que debían dotarse recursos financieros.

La iniciativa «Kinzigal saludable» (*Gesundes Kinzigal*), de esta región situada en el suroeste de Alemania, ofrece incentivos financieros a la agrupación entre proveedores y servicios, y por lo tanto sigue la estela del cuidado integrado (Hildebrandt *et al.*, 2010). Este sistema, que atiende a casi la mitad de la población de la región, lo administra una empresa regional de gestión sanitaria (*Gesundes Kinzigal GmbH*), que cuenta con contratos con dos aseguradoras de salud públicas. *Gesundes Kinzigal GmbH* es una *joint venture* entre la empresa de gestión sanitaria con sede en Hamburgo *OptiMedis AG*, propietaria de una tercera parte del capital, y la organización con más de 40 miembros «*Medizinisches Qualitätsnetz – Ärzteininitiative Kinzigal*» (Red de Calidad en Medicina – Una iniciativa de los médicos de Kinzigal; MQNK), titular de los dos tercios restantes. La remuneración de los proveedores sanitarios en Kinzigal se basa en un modelo en cuatro etapas: 1) Pago periódico en virtud de la Ley SHI; 2) Pago adicional por servicio (por ejemplo, chequeo de salud); 3) Remuneración basada en el rendimiento, por determinadas características estructurales y de calidad, y 4) Distribución de beneficios, calculada a partir de la diferencia entre el gasto previsto y el gasto real por las mutuas y *Gesundes Kinzigal GmbH* y sus miembros (Braun *et al.*, 2009).

Para superar las estructuras de financiación fragmentada que suelen bloquear la cooperación multidisciplinar, *Países Bajos* elaboró un exhaustivo plan de financiación para el tratamiento de la diabetes en 2007. Con ánimo experimental, se crearon los denominados «grupos de cuidados», entidades jurídicas referidas a la organización que actúa como

contratante principal en un contrato de pago agrupado por cuidados integrados, no al equipo de proveedores de servicios sanitarios que, en la práctica, dispensan los cuidados. El grupo de cuidados es responsable de la organización de los cuidados y de garantizar su prestación (Struijs *et al.*, 2010). La provisión del servicio de asistencia sanitaria puede estructurarse de diferentes modos: 1) el grupo de cuidados puede dispensar él mismo los cuidados contratados, o 2) puede subcontratarlos a proveedores sanitarios individuales y agencias, o 3) una mezcla de ambos. Los honorarios por contratos de pago agrupado y los subcontratos asociados son libremente negociables, lo que se espera que promueva la compra eficiente (Struijs *et al.*, 2010). La decisión sobre la cobertura de los servicios con una fórmula de agrupación de pagos se tomó a nivel nacional. En 2010, el concepto de pagos agrupados para grupos de cuidados fue aprobado para su implementación en todo el país para la diabetes, la EPOC y la gestión del riesgo cardiovascular (Struijs y Baan, 2011).

La Ley de Protección al Paciente y Asistencia Asequible, de 2010, de *Estados Unidos* incluye incentivos a los proveedores para que avancen hacia modelos de cuidados integrados. A partir de 2012, los *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS) crearán un programa voluntario nacional para la implantación de una nueva categoría de proveedor: las Organizaciones Responsables del Cuidado de la Salud (ACO, por sus siglas en inglés). Las ACO asumen la responsabilidad por el coste y la calidad de los cuidados prestados a una determinada población de pacientes asignada a los médicos de sus grupos (Shortell *et al.*, 2010).

«Para ser elegible, una ACO debe contar con un mecanismo de gobernanza compartida, y puede incluir a profesionales que han suscrito acuerdos de práctica grupal, redes de prácticas individuales de profesionales ACO, hospitales que utilizan a profesionales ACO, o alianzas o acuerdos de *joint venture* entre los hospitales y los profesionales ACO. La ACO debe estar dispuesta a rendir cuentas por la calidad, el coste y los cuidados globales recibidos por los beneficiarios de Medicare asignados a ella durante al menos un plazo de tres años, y debe contar con una estructura jurídica formal para distribuir los ahorros compartidos» (Davis *et al.*, 2010).

Como modelo para el Medicare Shared Savings Program para ACO, en 2005 se puso en marcha el programa piloto «Physician Group Practice» (PGP). Esta iniciativa remuneraba a los proveedo-

res por coordinar y gestionar las necesidades asistenciales globales de una población de pacientes no inscritos en Medicare que habitualmente se abonaban mediante la fórmula «pago por servicio». Ofrecía así a los CMS la oportunidad de testar si una nueva estructura de incentivos financieros podía mejorar el servicio y la calidad para pacientes de Medicare, y revelarse en última instancia como costo-efectiva (véase sección V) (Trisolini *et al.*, 2005).

Si bien el sistema de pago relacionado con la calidad se encuentra muy arraigado en Reino Unido en comparación con otros países europeos, los enfoques dirigidos a la coordinación de los cuidados, así como su pago, están mucho menos desarrollados. «En 2008, el Departamento de Salud redactó propuestas de programas piloto de cuidados integrados, que permitieran a los médicos de atención primaria y

comunitaria colaborar con los hospitales en la prestación de un cuidado integral. En abril de 2009, el Departamento de Salud lanzó un programa formado por 16 programas piloto de cuidados integrados, dirigidos a tender puentes entre los sectores de atención primaria, comunitaria, secundaria y asistencia social. Entre los ejemplos se incluía el desarrollo, impulsado por el servicio de facultativos, de equipos especialistas para la atención intermedia de pacientes con demencia, y de servicios de gestión de varias enfermedades crónicas, contando entre sus miembros con representantes de todo el espectro de la atención sanitaria (desde consultores de hospital, médicos de familia, agentes de salud comunitarios y trabajadores sociales)» (Boyle, 2011).

El cuadro n.º 2 muestra un resumen de los incentivos financieros utilizados para mejorar la

CUADRO N.º 2

INCENTIVOS UTILIZADOS PARA MEJORAR LA COORDINACIÓN DE LOS CUIDADOS EN PAÍSES SELECCIONADOS

Incentivos financieros para coordinación/esfuerzo extra	Incentivos financieros para agrupación de servicios	Incentivos financieros para agrupación de proveedores	Incentivos financieros para agrupación de proveedores y servicios
Pago de «año de cuidados» por el paquete completo de gestión de enfermedades crónicas (RU) o incentivos de servicio (AUS)	GP <i>fundholding</i> * (RU) (cf. Dixon y Glennerster, 1995)	1% del presupuesto sanitario general disponible para cuidados integrados → mayoría de cuidados integrados (ALE)	% del presupuesto sanitario general disponible para cuidados integrados → cuidados integrados basados en la población (Kinzigal; ALE)
Bono por paciente para médicos por actuar como controladores de acceso (<i>gatekeepers</i>) de pacientes crónicos y por establecer protocolos de atención o proporcionar educación a pacientes (FR)		Grupos de cuidados integrados (PB)	Ahorros compartidos para Accountable Care Groups (EE.UU.)
Bono por reclutamiento y documentación DMP (ALE) o pagos iniciales (AUS)		Pago agrupado por episodios de cuidados agudos (EE.UU.)	
Pagos por resultados de servicio (AUS)		Pago por cooperación profesional y pago agrupado relacionado por el diagnóstico (FR)	

Notas: AUS = Australia; FR = Francia; ALE = Alemania; PB = Países Bajos; RU = Reino Unido; EE.UU. = Estados Unidos.

(*) Con responsabilidad sobre la gestión de los fondos de los presupuestos de su zona.

Fuente: Elaboración propia.

coordinación de los cuidados en función de los distintos niveles de integración (no se han abordado en profundidad todos ellos).

V. PAGO ORIENTADO (PRIORITARIAMENTE) A INCENTIVAR LA CALIDAD

Tal como se describe en la sección II, los sistemas de pago tradicionalmente utilizados para remunerar a los proveedores sanitarios son insuficientes en lo que respecta a la calidad de los cuidados prestados, en especial a los pacientes crónicos.

El marco analítico clásico utilizado para analizar y evaluar la calidad es el modelo de Donabedian, que se basa en un enfoque con tres componentes: estructura, proceso y resultados (Donabedian, 1988). La estructura se refiere a los requisitos previos, como la función de controlador de acceso (*gatekeeper*) del proveedor. El proceso describe de qué manera se pone en práctica la estructura, lo que puede incluir la provisión de terapias específicas para pacientes crónicos. Por último, los resultados se refieren a los resultados de los procesos (por ejemplo, los resultados clínicos objetivables tras completar una terapia concreta). Los proveedores pueden recibir incentivos financieros para mejorar estos tres vectores de la calidad.

Con el ánimo más general de mejorar la calidad de la prestación del servicio, los sistemas tradicionales de pago han sido modificados por un nuevo enfoque durante la última década. El pago por rendimiento (P4P) proporciona a los médicos incentivos financieros para perseguir metas preestablecidas en la dispensación de la atención sanitaria. Dichas metas pueden estar asig-

nadas a los diferentes componentes de la calidad. Aunque se detecta una tendencia hacia este pago más relacionado con la calidad, el P4P aún tiene una influencia marginal en los países europeos, sobre todo comparado con Estados Unidos (al menos, en el sector hospitalario). No obstante, mientras algunos países utilizan pagos relacionados con la calidad como pieza integral del sistema de pago a proveedores, otros aún siguen experimentando con ellos en la fase piloto.

Ejemplos nacionales

Los pagos relacionados con la calidad solo tienen una influencia marginal en *Alemania*. Un incentivo financiero que tiene en cuenta la calidad estructural del cuidado prestado es un bono que reciben los médicos por cada paciente inscrito en un Programa de Gestión de Enfermedades (DMP). Las mutuas pagan al médico una suma anual. Por su parte, el facultativo proporciona formación a los pacientes y debe documentar los datos de cada paciente.

Como parte de la Ley de Financiación de la Seguridad Social, *Francia* introdujo nuevos esquemas de pagos encaminados a mejorar los aspectos estructurales y procedimentales de la calidad de los cuidados. En 2009, la Union nationale des caisses d'assurance-maladie (UNCAM) instauró una nueva categoría de individual de contratación para los médicos, llamada «contratos para la mejora de la práctica individual» (CAPI) (Chevreul *et al.*, 2010). Los médicos adheridos a este convenio se comprometen a cumplir determinadas metas en términos de estructura y de procesos en tres áreas: 1) gestión de enfermeda-

des crónicas, 2) atención preventiva y 3) nivel de prescripción de medicamentos genéricos en determinadas categorías de fármacos. A cambio, los médicos reciben un pago adicional, además de su remuneración por servicio, el cual depende del número de pacientes tratados y del número de indicadores de calidad alcanzados. Los médicos pueden ganar 7.000 euros adicionales al año si consiguen el 85 por 100 de las metas y tratan a 1.200 pacientes. El rendimiento de los médicos es controlado periódicamente y estos pueden comprobar su tasa de realización en el sitio web de la UNCAM. Transcurrido un año desde su implantación en 2009, 15.000 médicos (una tercera parte de los elegibles) habían suscrito el CAPI, lo que superó con creces las expectativas de la UNCAM. Dos tercios de los médicos que suscribieron el contrato en 2009 obtuvieron una remuneración en 2010. De media, un médico ganó 3.000 euros adicionales en ese año, alcanzando en torno al 45 por 100 de las metas (Or, 2010). La UNCAM prevé que ese dinero invertido en CAPI se verá en su mayoría compensado por el ahorro derivado de unas menores prescripciones de fármacos (caros) y de un mayor uso de medicamentos genéricos.

Otro país que implantó incentivos financieros para mejorar la estructura y el proceso de los cuidados es *Australia* con su Practice Incentives Program (PIP). El PIP se introdujo en 1998 para reconocer e incentivar a los médicos la prestación de una atención de calidad homologable con el *Código de Prácticas* del Real Colegio Australiano de Médicos (Cashin y Chi, 2011). Los pagos según el PIP se realizan con carácter adicional a los pagos normales a los médicos, tales como pagos de Medicare estándar y copagos

de los pacientes. Los pagos PIP proporcionan incentivos respecto a una variedad de áreas de práctica, entre ellas, gestión de información, formación y atención fuera del horario normal, así como incentivos enfocados, como en el caso de la Quality Prescribing Initiative (Australian Institute for Primary Care, 2008).

La introducción de los grupos de cuidados en *Países Bajos* no solo genera incentivos financieros para los proveedores por mejorar la coordinación de los cuidados, sino que también influye (aunque en menor grado) en la calidad de los mismos. Como los proveedores pueden elegir entre diferentes módulos de estándares de atención y adaptar los módulos a las necesidades específicas de los pacientes, pueden dirigirles programas de cuidados diseñados a su medida (Tsiachristas *et al.*, 2011). Además, pueden recopilar importante información de calidad sobre los estándares de atención a través del Conjunto de Datos Básicos. Como resultado, la calidad puede tornarse más objetiva y transparente para las aseguradoras y los proveedores, así como para los pacientes (Tsiachristas *et al.*, 2011).

De todos los países de Europa, *Reino Unido* es el que posee una experiencia más larga en pagos ajustados por calidad, y ya ha desplazado su enfoque desde la estructura y el proceso a la calidad de los resultados. El «marco de calidad y resultados» (QOF) se introdujo en 2004. Los pagos extra ofrecen remuneración por servicios ligados a la consecución de determinados niveles de calidad por parte de los profesionales sanitarios. El QOF es un conjunto de indicadores que proporcionan una puntuación sobre la que se basa la cantidad de fondos extra pagados a cada centro

de salud. Los centros que forman parte del esquema de servicios médicos primarios suelen ser remunerados en función de los criterios acordados localmente con su PCT (Primary Care Trust). Las puntuaciones QOF se registran electrónicamente en cada centro de salud y se remiten a su PCT. El QOF tiene cuatro grandes componentes: 1) estándares clínicos (por ejemplo, tratamiento basado en la evidencia de pacientes crónicos); 2) estándares organizativos (por ejemplo, historia sanitaria electrónica); 3) experiencia de los pacientes (por ejemplo, involucración del paciente en los planes de desarrollo del servicio), y 4) servicios adicionales (por ejemplo, pruebas para detectar el cáncer de cuello de útero, salud infantil). El derecho del médico a percibir pagos relacionados con la calidad viene determinado por un tanteador sobre calidad, donde el máximo que se puede alcanzar son 1.000 puntos. En 2006-2007, cada punto daba derecho a 125 libras esterlinas por cada médico, ajustándose según la media ponderada por población. El QOF está sujeto a negociación anual entre el Comité de Médicos del BMA y la Patronal del NHS (Boyle, 2011).

Los pagos relacionados con la calidad que van más allá de la estructura y el proceso de los cuidados se han adoptado también en *Estados Unidos*. Los médicos incluidos en el proyecto Physician Group Practice son remunerados a través del método ordinario de Medicare *fee-for-service*, pero son aptos para acceder a «pagos por rendimiento» de hasta el 80 por 100 de los ahorros que generen (*si es que consiguen generar ahorros*). Los parámetros de rendimiento se basan en la eficiencia en costes y en 32 medidas de calidad introducidas durante la fase piloto. La parte de los

pagos por rendimiento basados en la calidad, por contraposición a la eficiencia en costes, comenzó representando un 70 por 100 coste/30 por 100 calidad el primer año, pasó al 60 por 100 coste/40 por 100 calidad el segundo año, y al 50/50 por 100 durante los tres años restantes (Ivers y Wright, 2011).

Como se observa en el cuadro n.º 3, la mayoría de los países considerados vinculan sus incentivos financieros a la estructura o el proceso de los cuidados. Solo el programa de Ahorros Compartidos de Medicare en Estados Unidos y el contrato del NHS para los médicos del sistema de salud británico incluyen expresamente pagos por incentivos centrados en la obtención de resultados concretos. Por lo general, el foco ha ido cambiando desde enfoques que simplemente toman en cuenta la presencia (o potencial presencia) de pacientes crónicos hacia incentivos a la financiación diseñados para estimular una determinada respuesta estructural y procedimental entre los proveedores (Busse *et al.*, 2010).

El cuadro n.º 3 muestra cuán lejos han llegado los países analizados en el desarrollo de enfoques para incentivar financieramente no solo la calidad estructural y de procesos, sino también los resultados.

Los pagos que incentivan la calidad de los cuidados es un componente en la totalidad de los países considerados. No obstante, aunque todos implementaron determinados incentivos a proveedores sobre aspectos estructurales, las mejoras en el proceso de los cuidados solo se remuneran en Australia, Francia, Reino Unido y Estados Unidos, y los resultados solo son un compo-

CUADRO N.º 3

INCENTIVOS UTILIZADOS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMOS CRÓNICOS EN PAÍSES SELECCIONADOS

<i>Incentivos financieros centrados en estructuras de cuidados</i>	<i>Incentivos financieros centrados en procesos de cuidados</i>	<i>Incentivos financieros centrados en resultados de cuidados</i>
Bono por paciente para médicos por actuar como guardianes de pacientes crónicos y por establecer protocolos de atención o proporcionar educación a pacientes (FR)	Puntos por alcanzar metas de proceso (RU: QOF; FR: CAPI; AUS: PIP)	Puntos por alcanzar metas de resultados (RU: QOF)
Bono por reclutamiento y documentación DMP/PIP (ALE, AUS)	Ahorros compartidos cuando es costo-eficiente (EE.UU.)	Ahorros compartidos cuando es costo-eficiente (EE.UU.)
Puntos por alcanzar metas estructurales (RU: QOF)		
Ahorros compartidos cuando es costo-eficiente (EE.UU.)		

Nota: DMP = programa de gestión de enfermedades; AUS = Australia; FR = Francia; ALE = Alemania; RU = Reino Unido; EE.UU. = Estados Unidos.
Fuente: Elaboración propia.

nente del pago al proveedor en Reino Unido y Estados Unidos.

El cuadro n.º 4 ofrece una síntesis de los enfoques utilizados para incentivar la coordinación de los cuidados, así como la calidad de los mismos. Como se puede observar, solo el Physician Group Practice de Estados Unidos consigue el nivel más alto de coordinación (horizontal) y calidad (vertical). Algunos de los grupos de cuidados de Países Bajos

son premiados por la calidad, pero si bien el nivel de coordinación es elevado, no hacen uso de los pagos agrupados por servicios y proveedores, es decir, la agrupación solo se aplica a los servicios para una entidad de enfermedad. En contraste, los Kinzigtal alemanes «agrupan» (de manera virtual) los pagos a proveedores y servicios, por lo que incentivan la coordinación de los cuidados, pero en detrimento de la calidad. Mientras que Reino

Unido hace hincapié en los resultados de calidad de los cuidados, los enfoques en Alemania (DMP), Francia (CAPI) y Australia (PIP) solo consideran aspectos relativos a la estructura y el proceso de los cuidados.

VI. CONCLUSIONES

La demanda de servicios sanitarios coordinados y de alta calidad ha crecido a medida que el

CUADRO N.º 4

INCENTIVOS UTILIZADOS PARA MEJORAR LA COORDINACIÓN Y LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS EN PAÍSES SELECCIONADOS

<i>Coordinación de cuidados</i> ▶	<i>Incentivos financieros para coordinación/esfuerzo extra</i>	<i>Incentivos financieros para agrupación por servicios</i>	<i>Incentivos financieros para agrupación por proveedores</i>	<i>Incentivos financieros para agrupación por proveedores y servicios</i>
▼ <i>Calidad de cuidados</i>				
Incentivos financieros centrados en estructuras de cuidados	DMP (ALE) CAPI (FR) PIP (AUS)	QOF (RU)		PGP (EE.UU.) Kinzigtal (ALE)
Incentivos financieros centrados en proceso de cuidados	DMP (ALE) CAPI (FR) PIP (AUS)	QOF (RU)	Grupos de cuidados (PB)	PGP (USA) Kinzigtal (ALE)
Incentivos financieros centrados en resultados de cuidados		QOF (RU)	Grupos de cuidados (PB)	PGP (EE.UU.)

Nota: AUS = Australia; FR = Francia; ALE = Alemania; PB = Países Bajos; RU = Reino Unido; EE.UU. = Estados Unidos.
Fuente: Elaboración propia.

número de enfermos crónicos, frecuentemente con múltiples morbilidades, ha aumentado de forma evidente a lo largo de las últimas décadas; dicha tendencia sigue su curso en el mundo industrializado. Esto se produce en un contexto marcado por la limitación de los recursos que han de asignarse correctamente entre los diferentes sectores y proveedores sanitarios. Por esta razón, resulta de suma importancia desarrollar e implementar mecanismos de pago a proveedores que cumplan los requisitos de: 1) mejorar la calidad de los cuidados para los pacientes crónicos, 2) promover la coordinación entre los profesionales encargados de prestar esos cuidados, y 3) ser coste-efectivos.

En términos de coste-efectividad, las fórmulas de pago basadas en casos, así como los pagos capitativos, tienen significativas ventajas en comparación con los modelos retrospectivos, ya sean de pago por servicio, basados en presupuestos globales o en salarios. Pero aun así son incapaces de superar el *trade-off* entre eficiencia y calidad. Siendo conscientes de este inconveniente, todos los países considerados están experimentando con métodos de pago relacionados con la calidad, que normalmente adoptan la forma de un bono adicional a la remuneración del médico. No obstante, difieren en los niveles de calidad, es decir, mientras algunos países miden las mejoras en cuanto a estructura y procesos, otros se fijan en medidas de resultados. Respecto al incentivo de la coordinación, se documenta una tendencia hacia pagos más agrupados para los distintos proveedores y servicios, ya que parece obvio que agrupar los pagos induce a los proveedores a responsabilizarse más de la gama completa de servicios pres-

tados. El gran reto para todos los países consiste en ligar estos enfoques hacia métodos de pagos que conjuguen tanto la calidad como la coordinación de los cuidados. Una revisión sistemática por De Bruin *et al.* corrobora nuestra hipótesis, al concluir que el número de modelos P4P con la intención de promover los cuidados a pacientes crónicos a través de una mejor coordinación sigue siendo limitado. Además, apenas se dispone de información sobre los efectos de dichos modelos sobre la calidad y los costes sanitarios (De Bruin *et al.*, 2011). Otra gran evaluación de 22 revisiones sistemáticas sobre P4P llegó a la siguiente conclusión: «Los hallazgos apuntan a que el P4P puede ser (coste-)efectivo, pero la evidencia no es concluyente; muchos estudios no encontraron efecto alguno, y sigue habiendo un escaso número de estudios que desagreguen convincentemente el efecto P4P del efecto de otras iniciativas de mejora. Las desigualdades entre los grupos socioeconómicos se han atenuado, pero persisten desigualdades de otra índole. Existe cierta evidencia de consecuencias no intencionadas, entre las que se incluyen efectos contagio sobre el cuidado no incentivado. Varias características de diseño parecen revestir importancia para alcanzar los efectos deseados» (Eijkenaar *et al.*, 2013).

Aunque los elementos financieros son un factor importante para inducir cambios de conducta, debe subrayarse que la remuneración no es la única motivación de los profesionales. En concreto, los médicos responden a incentivos reputacionales, sobre todo cuando la información sobre rendimiento va a ser objeto de publicación (Kolstad, 2013). Pese a todo, la remuneración sigue constituyendo un impulsor potente para el cambio.

NOTAS

(*) El presente artículo fue redactado originalmente para el Commonwealth Fund y se presentó durante el Simposio Internacional sobre Políticas de Salud celebrado en 2011 en Washington DC. Los autores agradecen encarecidamente la aportación de Zeynep Or (Francia), Jeroen Struijs (Países Bajos) y Stuart Guterman (Estados Unidos).

(1) La lista de objetivos se basa fundamentalmente en los trabajos de BARNUM, KUTZIN y SAXENIAN (1995) y ROBINSON (2001). En CHAIX-COUTURIER *et al.* (2000) y GOSDEN *et al.* (2001) puede encontrarse una revisión de la literatura existente sobre los efectos de los sistemas de pago en el comportamiento de los proveedores.

BIBLIOGRAFÍA

- AUSTRALIAN INSTITUTE FOR PRIMARY CARE (2008), *System reform and development for chronic disease management*, La Trobe University, Melbourne.
- BARNUM, H.; KUTZIN, J., Y SAXENIAN, H. (1995), «Incentives and provider payment methods», *International Journal of Health Planning and Management*, 10(1): 23-45.
- BOON, H.; VERHOEF, M.; O'HARA, D., Y FINDLAY, B. (2004), «From parallel practice to integrative health care: A conceptual framework», *BMC Health Services Research*, 4(15).
- BOYLE, S. (2011), «United Kingdom (England): Health system review», *Health Systems in Transition*, 13(1): 1-486.
- BRAUN, G.E.; GÜSSOW, J.; SCHUMANN, A., Y HESSBRÜGGE, G. (2009), *Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen. Konzepte und Praxisbeispiele erfolgreicher Finanzierung und Vergütung*, Deutscher Ärzteverlag, Colonia.
- BRUIN, S.R. DE; BAAN, C., Y STRUIJS, J.N. (2011), «Pay-for-performance in disease management: a systematic review of the literature», *BMC Health Services Research*, 11(272).
- BUSSE, R., Y BLÜMEL, M. (2014), «Germany: Health system review», *Health Systems in Transition*, 16(2).
- BUSSE, R.; BLÜMEL, M.; SCHELLER-KREINSEN, D., Y ZENTNER, A. (2010), *Tackling chronic disease in Europe: Strategies, interventions, and challenges*, WHO Regional Office for Europe on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
- BUSSE, R.; GEISSLER, A.; AAVIKSOO, A.; COTS, F.; HÄKINEN, U.; KOBEL, C.; MATEUS, C.; OR, Z.; O'REILLY, J.; SERDÉN, L.; STREET, A.; WIDEREK, M.; TAN, S.S., Y QUENTIN, W. (2013), «Diagnosis-related groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals?», *BMJ*, 346: f3197.

<p>CASALINO, L.P.; ELSTER, A.; EISENBERG, A.; LEWIS, E.; MONTGOMERY, J., y RAMOS, D. (2007), «Will Pay-For-Performance And Quality Reporting Affect Health Care Disparities?», <i>Health Affairs</i>, 26(3): w405-414.</p> <p>CASHIN, C., y CHI, Y.-L. (2011), <i>Major Developments in Results-based Financing (RBF) in OECD Countries: Country Summaries and Mapping of RBF Programs. Australia – The Practice Incentives Program (PIP)</i>. Disponible en: www.rbfhealth.org/system/files/Case%20study%20Australia%20Practice%20Incentive%20Program.pdf.</p> <p>CHAIX-COUTURIER, C.; DURAND-ZALESKI, I.; JOLLY, D., y DURIEUX, P. (2000), «Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues», <i>International Journal for Quality in Health Care</i>, 12(2): 133-142.</p> <p>CHEVREUL, K.; DURAND-ZALESKI, I.; BAHRAMI, S.; HERNÁNDEZ-QUEVEDO, C., y MLADOVSKY, P. (2010), «France: Health system review», <i>Health Systems in Transition</i>, 12(6): 1-291.</p> <p>CHI, Y.-L. (2011), «P4P in primary care and chronic disease management Lessons from OECD countries». Disponible en: www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00344/Y-Ling_Chi_344819a.pdf.</p> <p>DAVIS, D.; GUTERMAN, S.; COLLINS, S.R.; STREMIKIS, K.; RUSTGI, S., y NUZUM, R. (2010), <i>Starting the path to a higher performance health system: analysis of the payment and system reform provisions in the patient protection and affordable care act of 2010</i>, Commonwealth Fund, Nueva York.</p> <p>DIXON, J., y GLENNERSTER, H. (1995), «What do we know about fundholding in general practice?», <i>BMJ</i>, 311(7007): 727-730.</p> <p>DONABEDIAN, A. (1988), «The quality of care. How can it be assessed?», <i>Journal of the American Medical Association</i>, 260: 1743-1748.</p> <p>EIJKENAAR, F.; EMMERT, M.; SCHEPPACH, M., y SCHÖFFSKI, O. (2013), «Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews», <i>Health Policy</i>, 110(2-3): 115-130.</p> <p>GEISSLER, A.; QUENTIN, W.; SCHELLER-KREINSEN, D., y BUSSE, R. (2011), «Introduction to DRGs in Europe: Common objectives across different hospital systems», en: R. BUSSE, A. GEISSLER, W. QUENTIN y M. WILEY, <i>Diagnosis-Related Groups in Europe</i>, Open University Press, Berkshire, pp. 9-21.</p>	<p>GLASGOW, N. (2008), «Australia», en: E. NOLTE, C. KNAI y M. MCKEE, <i>Managing chronic conditions. Experience in eight countries</i>, WHO Regional Office for Europe on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, pp. 131-160.</p> <p>GOSDEN, T.; FORLAND, F.; KRISTIANSEN, I.S.; SUTTON, M.; LEESE, B.; GIUFFRIDA, A.; SERGISON, M., y PEDERSEN, L. (2001), Impact of payment on behavior of primary care physicians: a systematic review, <i>Journal of Health Services Research & Policy</i>, 6(1): 44-55.</p> <p>HILDEBRANDT, H.; HERMANN, C.; KNITTEL, R.; RICHTER-REICHELH, M.; SIEGEL, A., y WITZENRATH, W. (2010), «Gesundes Kinzigtal Integrated Care: improving population health by a shared health gain approach and a shared savings contract», <i>International Journal of Integrated Care</i>, 10: e046.</p> <p>IVERS, D., y WRIGHT, R. (2011), «P4P Demonstration Shows Even Large, Integrated Providers Need Significant Time and Money to Achieve Results», <i>Health Law Bulletin</i>. Disponible en: www.mitchellblackstock.com/PDF/PGP_Demo_9-19-11.pdf.</p> <p>KILBOURNE, A.M.; GREENWALD, D.E.; HERMANN, R.C.; CHARNS, M.P.; MCCARTHY, J.F., y YANO, E.M. (2010), «Financial incentives and accountability for integrated medical care in Department of Veterans Affairs mental health programs», <i>Psychiatric Services</i>, 61(1): 38-44.</p> <p>KOLSTAD, J.T. (2013), «Information and quality when information is intrinsic: evidence from surgeon report cards», <i>American Economic Review</i>, 103(7): 2875-2910.</p> <p>LORENZA, L.; MOUSQUES, J., y BOURGUEIL, Y. (2010), «Payment pilots in primary care group practices», <i>Health Policy Monitor</i>. Disponible en: http://hpm.org/en/Surveys/IRDES_-_France/15/Payment_pilots_in_primary_care_group_practices.html.</p> <p>LUFT, H.S. (2009), «Economic Incentives to Promote Innovation in Healthcare Delivery», <i>Clinical Orthopaedics and Related Research</i>, 467: 2497-2505.</p> <p>NOLTE, E.; KNAI, C., y MCKEE, M. (2010), <i>Managing chronic conditions. Experience in eight countries</i>, WHO Regional Office for Europe on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.</p> <p>NOLTE, E., y MCKEE, M. (2008), <i>Caring for people with chronic conditions: a health system perspective</i>, Open University Press, Maidenhead.</p>	<p>OR, Z. (2010), «P4P for generalists: first results», <i>Health Policy Monitor</i>. Disponible en: http://hpm.org/en/Surveys/IRDES_-_France/16/P4P_for_generalists_first_results.html.</p> <p>ROBINSON, J.C. (2001), «Theory and practice in the design of physician payment incentives», <i>The Milbank quarterly</i>, 79(2): 149-177.</p> <p>SCHIÖTZ, M.; FRÖLICH, A., y KRASNIK, A. (2008), «Denmark», en: E. NOLTE, C. KNAI, M. MCKEE, <i>Managing chronic conditions. Experience in eight countries</i>, WHO Regional Office for Europe on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, pp. 15-28.</p> <p>SHAH, S.M.; CAREY, I.M.; HARRIS, T.; DEWILDE, S., y COOK, D.G. (2011), «Quality of chronic disease care for older people in care homes and the community in a primary care pay for performance system: retrospective study», <i>BMJ</i>, 342: d912.</p> <p>SHORTELL, S.M.; CASALINO, L.P., y FISHER, E.S. (2010), «How the Center For Medicare And Medicaid Innovation Should Test Accountable Care Organizations», <i>Health Affairs</i>, 29(7): 1293-1298.</p> <p>STEUTEN, L.M.G.; VRIJHOEF, H.J.M.; SPREEUWENBERG, C., y VAN MERODE, G.G. (2002), «Participation of general practitioners in disease management: Experiences from the Netherlands», <i>International Journal of Integrated Care</i>, 2: e24.</p> <p>STRUJIS, J.N., y BAAN, C.A. (2011), «Integrated Care through Bundled Payments – Lessons from the Netherlands», <i>New England Journal of Medicine</i>, 336(11): 990-991.</p> <p>STRUJIS, J.N.; VAN TIL, J.T., y BAAN, C.A. (2010), <i>Experimenting with a bundled payment system for diabetes care in the Netherlands. The first tangible effects</i>, National Institute for Public Health and the Environment, Bilthoven.</p> <p>TRISOLINI, M.; POPE, G.; KAUTTER, J., y AGGARWAL, J. (2006), <i>Medicare physician group practices: Innovations in quality and efficiency</i>, Fund Report, New York, N.Y.: The Commonwealth Fund.</p> <p>TSIACHRISTAS, A.; HIPPLE-WALTERS, B.; LEMMENS, K.M.M.; NIEBOER, A.P., y RUTTEN-VAN MÖLKEN, M.P.M.H. (2011), «Towards integrated care for chronic conditions: Dutch policy developments to overcome the (financial) barriers», <i>Health Policy</i>, 101(2): 122-132.</p>
---	---	---