

# La incentivación económica de la calidad de la prescripción: estrategia de contención sostenida del gasto farmacéutico en el ámbito de la atención primaria

Catalán A\*, Nin E\*\*, Morera R\*\*\*

\* Jefa de la Unidad de Farmacia

\*\* Responsable del Complemento de Retribución Variable - DPO

\*\*\* Director de la División.

División de Atención Primaria. Instituto Catalán de la Salud.

E-mail: florentina.alonso.alperi@sergas.es

---

## Resumen

La aplicación, en 2003, de un nuevo modelo retributivo de los facultativos del Instituto Catalán de la Salud (ICS) basado en la Dirección Participativa por Objetivos, que incluye la percepción de un complemento de retribución variable de unos 6.000 euros anuales, proporciona a la División de Atención Primaria la oportunidad de ligar, por primera vez, el cumplimiento de objetivos de mejora asistenciales y de calidad de la prescripción farmacéutica, junto con objetivos de continuidad asistencial, accesibilidad, eficiencia y mejora de procesos a un sistema de incentivación económica individual de 3.000 facultativos de 270 Equipos de Atención Primaria.

Los objetivos de mejora de la calidad de la prescripción farmacéutica, cuya ponderación (2004 y 2005) en los médicos de familia fue de un 35%, fueron alcanzados en grados variables (metas del 50%, 75% y 100%) por un 65% de los profesionales con una importante repercusión en términos de contención del gasto farmacéutico en la Institución y en el conjunto del Sistema Sanitario Catalán.

La conjunción de un buen acuerdo sindical, la profesionalidad en el campo de la gestión de la prescripción, el diálogo clínico y la implicación profesional y directiva constatados unánimemente, han hecho posible los resultados apuntados donde destaca especialmente el retorno en términos de contención del gasto farmacéutico de 8 euros por cada euro invertido en dicha incentivación y la contención del crecimiento de la factura farmacéutica de Cataluña que, en 2005 creció 1,34 puntos por debajo del conjunto del Estado Español. Las consecuencias de las mejoras cualitativas de la calidad de prescripción resultan beneficiosas para los ciudadanos, los profesionales, los costes de la Institución y la sostenibilidad del sistema sanitario.

*Palabras clave:* Physician Incentive Plans, Health Care Costs, Quality Indicators Health Care



## The economic incentive of the prescription quality: pharmaceutical cost sustention strategy in the primary patient care

### Abstract

In 2003 the Catalonian Health Institute introduced a new Physicians Incentive Plan. Ther retributive model is not mandatory and offers a variable reward of about 6.000 € a year if standards are met. This new incentive scheme has given the Primary Care Division the opportunity of binding an individual economic incentive system to the fulfilment of improved patient care and quality prescribing objectives, along with those of continuity of care, accessibility, efficiency and process improvement. This system involves 3000 professionals and 270 Primary Care Teams.

The objectives established to improve prescribing quality, weighting 35% for General Practitioners (years 2004 and 2005), were met by 65% of the Physicians and accomplished in different grades (goals 50%, 75% y 100%). The measure had a big repercussion on healthcare costs for the Institution and the whole of the Catalonian Health System.

These excellent results have only been possible through the conjunction of a solid Trade Union agreement, dialogue towards physicians and the unanimous implication of professionals and board of directors. The incentive scheme has had a big impact on health care costs restraints, implying that for any euro invested in the incentive program the health system would get 8 € back. Besides, there is no doubt, that the new model has had a considerable repercussion on the Catalonian public pharmaceutical expenditure growth, that in 2005 was 1,34 points below Spain as whole. The consequences of improved prescribing quality are beneficial not only for the citizens, the professionals and the Institutions costs but for the sustainability of the Health System as well.

*Key words:* Physicians Incentive Plans, Health Care Cost, Quality Indicators, Health Care.

---

### Introducción

En el marco del nuevo modelo retributivo<sup>1</sup> del Instituto Catalán de la Salud (ICS), en el año 2003 se implantó para el conjunto de los facultativos de esta entidad un sistema de retribución variable (CRV) que, basado en la Dirección Participativa por Objetivos (DPO), pretendía asegurar la plena integración de los objetivos a definir con la política sanitaria y la estrategia del ICS. Este sistema operativo se basa en un concepto retributivo real-

mente variable relacionado con la aportación de valor a la Organización y en una herramienta de gestión y dirección de personas que favorecen la comunicación e implantación de la estrategia<sup>2</sup>. La *Figura 1* ilustra de forma esquemática los nuevos componentes del nuevo modelo retributivo y muestra el tipo de objetivos implicados en el CRV (inicialmente 5.200 euros por profesional), entre los que se encuentra con la mejora de la calidad y la eficiencia de la prescripción de medicamentos.



Figura 1. Nuevo modelo retributivo del ICS (año 2003)



Institut Catala de la Salut

El objetivo de este trabajo es dar a conocer el modelo de DPO diseñado en la División de Atención Primaria (DAP) del ICS durante el periodo 2003-2005 para integrar la farmacia y el complemento de retribución variable y evaluar su impacto sobre el gasto farmacéutico y la adecuación de la prescripción de medicamentos.

## Método

### Medida de la Calidad de la Prescripción Farmacéutica

La DAP del ICS dispone desde 1999 de una herramienta de medida de la calidad de la prescripción farmacéutica conocida como Estándar de Calidad de la Prescripción Farmacéutica (EQPF), patrón "oro" del empleo de medicamen-

tos en Atención Primaria<sup>3</sup>. La ponderación de cada uno de los objetivos que acompañan a cada indicador de que consta, permite resumir el EQPF en un índice sintético cuyo valor oscila entre 0 y 130 puntos. El EQPF comprende entre otros parámetros una selección de principios activos denominados de primera línea, fármacos con los que según las pautas de la medicina basada en la evidencia, se pueden resolver entre el 60-80% de los problemas de salud más prevalentes en AP. La *Tabla 1* muestra un resumen de la versión 2005 del EQPF.

Los sistemas de información de prescripción del ICS permiten el cálculo mensual del índice sintético del EQPF de manera individual. El feed-back periódico de dicha información a cada facultativo acompañado de valores de



**Tabla 1. Estándar de Calidad de Preinscripción Farmacéutica (2005)**

A. INDICADORS GLOBALS		
	Objectiu	Puntuació
<b>A.1 Utilització de fàrmacs d'eficàcia probada (VIF elevat)</b>		
% VIF ELEVAT/TOTAL	>=90%	5
	<=87%	3
<b>A.2 Utilització d'especialitats farmacèutiques genèriques (EFG)</b>		
% EFG/TOTAL	>=9%	5
	>=12%	10
	>=15%	15
<b>A.3 Seguiment recomanacions del CANM</b>		
% FÀRMACS SENSE AVANTATGE TERAPÈUTIC/TOTAL	<=1,8%	5
	<=1,6%	10
	<=1,4%	15
(*) S assignaran 5 punts addicionals pel seguiment de les recomanacions del CANM al finalitzar l'any 2005		
PUNTUACIÓ MÀXIMA INDICADORS GLOBALS		40
B. INDICADORS ESPECÍFCS		
	Objectiu	Puntuació
<b>B.1 Utilització d'antihipertensius (AHT)</b>		
<b>(15)</b>		
% (DIU + BB) / AHT	>=40%, >=35%	4,2
% ALFABLOQUEJADORS / AHT	<=2%	1
% ARAII / (IECA + ARAII)	<=20%, <=25%	4,2
% FÀRMACS RECOMANATS / AHT	>=72%, >=67%	6,3
<b>B.2 Utilització d'antiulcerosos (ULC)</b>		
<b>(10)</b>		
DHD <sub>65</sub> ULC	<=17%, <=20	6,3
% FÀRMACS RECOMANATS / ULC	>=90%, >=85%	4,2
<b>B.3 Utilització d'antiinflamatoris (AINE)</b>		
<b>(10)</b>		
DHD <sub>65</sub> AINE	<=11%, <=13	4,2
% (Piroxicam + Tenoxicam) / AINE	<=4%	2
% FÀRMACS RECOMANATS / AINE	>=75%, >=70%	4,2
<b>B.4 Utilització d'antibiòtics (AB)</b>		
<b>(10)</b>		
DHD <sub>65</sub> AB	<=3,5, <=5	6,4
% PENICIL LINES / AB	>=60%, >=55%	2,1
% FÀRMACS RECOMANATS / AB	>=75%, >=70%	2,1
<b>B.5 Utilització d'hipolipemians (HIPO)</b>		
<b>(10)</b>		
% FÀRMACS RECOMANATS / HIPO	>=70%, >=65%	10,5
<b>B.6 Utilització d'antiasmàtics (ASMA)</b>		
<b>(10)</b>		
% FÀRMACS RECOMANATS / ASMA	>=76%, >=71%	10,5
<b>B.7 Utilització d'antidepressius (DEPRE)</b>		
<b>(10)</b>		
% FÀRMACS RECOMANATS / DEPRE	>=70%, >=65%	10,5
<b>B.8 Utilització d'ansiolítics hipnòtics //(ANSH)</b>		
<b>(10)</b>		
DHD <sub>65</sub> ANSH	<=20, <=22	5,3
% FÀRMACS RECOMANATS / ANSH	>=80%, >=82%	5,3
<b>B.9 Utilització d'antidiabètics orals (DIABO)</b>		
<b>(5)</b>		
% FÀRMACS RECOMANATS / DIABO	>=80%, >=75%	5,3
PUNTUACIÓ MÀXIMA INDICADORS ESPECÍFCS		90
<b>PUNTUACIÓ MÀXIMA ÍNDEX SINTÈTIC (A+B) = 130</b>		

referencia de su entorno inmediato junto con el asesoramiento del farmacéutico integrado en las estructuras de soporte de atención primaria del ICS, permite analizar e identificar opciones de

mejora del EQPF de cada facultativo y su aproximación al patrón. La composición del EQPF se revisa anualmente y desde el 2004 se somete a un proceso de discusión y consenso con todos los



facultativos del ICS mediante un Foro Virtual de Farmacia especialmente diseñado con este fin.

A comienzos de 2004 entra en vigor un Sistema de Precios de Referencia que afecta prácticamente al 90% de los principios activos priorizados en el EQPF, lo que favorece especialmente un impacto económico más favorable de esta medida –de ámbito estatal– en Cataluña.

### El método empleado en la incentiación de farmacia

El método de incentiación de mejoras de la calidad de la prescripción diseñado tenía la finalidad de provocar la movilización y mejora de los hábitos de prescripción de la mayoría de los facultativos. Por ello se diseñó un sistema de mejora inversamente proporcional a la situación basal de cada facultativo durante 2002, de acuerdo con la *Tabla 2*. De este modo la consecución del 100%

de los objetivos de farmacia requiere importantes esfuerzos para mejorar la calidad de quienes parten de valores más bajos y menores esfuerzos, o el mantenimiento, para quienes partían de valores basales ya elevados.

Durante 2003 se estableció un 25% de la retribución variable ligado a la mejora de la calidad de la prescripción farmacéutica. Durante 2004 y 2005 se amplió en un 10% del complemento variable (hasta el 35% en total) por la optimización del impacto económico del sistema de precios de referencia (garantizar el no desplazamiento de la prescripción de medicamentos de un mismo grupo entre los principios activos afectados por dicha medida y el resto).

### Aspectos indagados en la valoración global del proyecto

Entre los distintos aspectos evaluados destaca la realización de una auditoría

**Tabla 2.** Criterio para el pacto de objetivos de farmacia en Medicina de Familia

Índice Sintético del EQPF		
Valor basal 2002	Valor final 2003	Cumplimiento de DPO (%)
0 a 20	46 o más	100
	41-45	75
	36-40	50
21 a 40	51 o más	100
	46-50	75
	41-45	50
41 a 60	56 o más	100
	51-55	75
	46-50	50
61 a 80	66 o más	100
	61-65	75
	56-60	50
81-100	76 o más	100
	71-75	75
	66-70	50
101-130	91 o más	100
	86-90	75
	81-85	50



externa, el primer año de aplicación, incluyendo la opinión y el nivel de satisfacción de directivos y facultativos y el grado de cumplimiento de los objetivos, tanto global como en cada uno de los escalones basales previamente definidos cada año. Se indagó también acerca de qué tipo de facultativos resultan incentivados, en condiciones reales, con este método diseñado. Obviamente se midió la evolución de la calidad de la prescripción y del gasto farmacéutico de los facultativos en el periodo 2003-2005 de acuerdo con el grado de cumplimiento de los objetivos de farmacia (calidad y eficiencia). Finalmente se determinó mediante el análisis de los costes de este nuevo modelo retributivo su impacto sobre la factura farmacéutica catalana. Para ello se plantearon distintos escenarios de acuerdo con la hipótesis de asimilar el comportamiento (gasto farmacéutico/habitante en 2005 y variación del gasto farmacéutico en el periodo 2003-2005) de quienes cumplen el 100% de los objetivos al del conjunto de facultativos firmantes de los objetivos.

## Resultados

El análisis de percepción de los 41 directivos y 77 facultativos entrevistados destaca una muy buena valoración de la nueva herramienta de gestión por su capacidad de motivación y discriminación entre los profesionales, su utilidad para establecer un diálogo entre la Institución y los profesionales y lo relevante del incentivo económico asociado. La conclusión del análisis de la auditoría externa es muy positiva y se subraya que el modelo goza de credibilidad y rigor, tiene efecto positivo en los resultados y que se percibe una progresiva implicación del conjunto de los profesionales<sup>2</sup>.

En el periodo 2003-2005 entre un 65 y 73% de los médicos de familia y pediatras consiguieron total o parcialmente las metas fijadas (50%, 75% o 100%) que les permitía acceder a la correspondiente retribución variable (Tabla 3). Como muestra la Figura 2 el porcentaje de cumplidores es mayor a medida que aumenta el valor basal de EQPF de los escalones definidos. Al contrario sucede con los no cumplidores.

Los facultativos que cumplen el 100% de los objetivos de calidad de la prescripción farmacéutica pactados han sido de manera consistente año tras año más eficientes que quienes no cumplieron. Así por ejemplo en 2005 el gasto por habitante de los facultativos que cumplieron el 100% de los objetivos fue de 179 euros frente a los 229 euros de quienes no cumplieron (Tabla 4) (los facultativos que firmaron objetivos gastaron como promedio 203 euros por habitante, el mismo año). Lo mismo se observa en cuanto a la variación interanual del gasto farmacéutico de estos grupos de profesionales en el periodo 2003-2005: quienes cumplen el 100% redujeron esta cifra un 6,34% mientras que en los no cumplidores la variación fue del -1,57% (hay que recordar que la evolución negativa se debe a cambios en los precios de los medicamentos en dicho periodo así como a la entrada en vigor del sistema de precios de referencia en 2004).

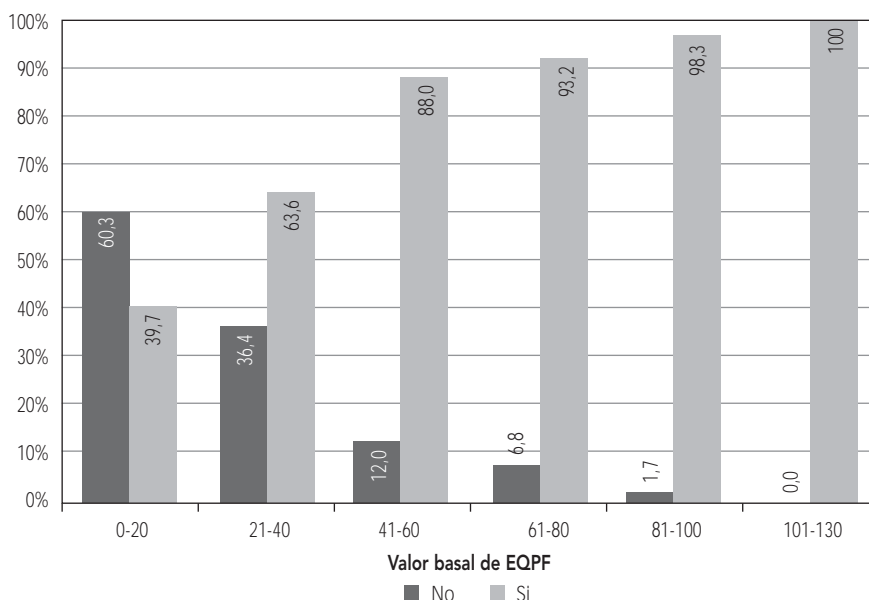
En 2005 cada euro invertido en la incentivación del grupo de facultativos que cumplió el 100% de los objetivos de calidad comportó un ahorro en su gasto farmacéutico 8 veces superior debido al freno del crecimiento del gasto que se produjo en este grupo (casi 5 puntos por debajo del conjunto de facultativos). Estos datos se derivan del escenario de calcular qué gasto farmacéutico sería el de este grupo de



**Tabla 3. Grado de cumplimiento de los objetivos de mejora de la calidad de la prescripción en el periodo 2003-2005**

	2003	2004	2005
Nº facultativos (medicina de familia y pediatría)	2.700	2.659	2.868
Cumplimiento DPO 50%	15%	8%	12%
Cumplimiento DPO 75%	13%	11%	12%
Cumplimiento DPO 100%	37%	54%	43%

**Figura 2. Cumplimiento DPO-farmacia según escalón basal**



**Tabla 4. Gasto farmacéutico (pvl/habitante) de los médicos de familia según grado de cumplimiento de objetivos de calidad de prescripción**

	2003 N = 1.743	2005 N = 2.299	Variación 03/05
No cumplimiento	233	229	-1,57%
50% Cumplimiento	219	200	-8,53%
75% Cumplimiento	205	189	-7,60%
100% Cumplimiento	191	179	-6,34%
	N = 714	N = 959	



profesionales si se comportasen en valores absolutos como el promedio de médicos (hubieran gasto 39M euros más) o en términos de crecimiento interanual (hubieran gastado 15M euros más). En el peor de los casos el ahorro (15M euros) supera con creces la inversión realizada en este grupo (1,6M euros) (Tabla 5).

## Discusión

Desde el año 2004 la factura farmacéutica de Cataluña, a la que el ICS contribuye en un 75%, se ha situado durante dos años consecutivos más de 1 punto por debajo de la del conjunto del estado Español (2003/2004: 4.6% vs 6.4%, 2004/2005: 4.3 vs 5.6). La incentivación de los facultativos del ICS es una de los elementos clave ya que el modelo empleado ha sido, además, capaz de optimizar una medida estatal como el Sistema de Precios de Referencia.

Los incentivos, la retribución variable por consecución de objetivos en nuestro caso, pueden jugar un papel decisivo en las estrategias de las instituciones si se hallan integrados en un conjunto de elementos que los hagan deseables y posibles. Durante tres años ha sido posible demostrarlo en nuestra institu-

ción y posiblemente no se ha llegado a una meseta en el impacto esperado y que tiene resultados beneficiosos y sostenidos en el tiempo.

El motivo más importante es que los valores del EQPF aumentan año tras año en el conjunto del ICS y que, desde su diseño en 1999, se verifica constantemente que existe una correlación estadísticamente significativa entre los valores del índice sintético del EQPF y el gasto farmacéutico<sup>5,7</sup>. Paralelamente se ha podido demostrar en una investigación realizada por la Unidad de Farmacia de la División, financiada por la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas<sup>7</sup>, que los EAP con mayores valores del índice sintético del EQPF son también los que tienen mejores resultados asistenciales, medidos como un índice múltiple que engloba tanto actividades preventivas (vacunación infantil, cribaje de hipertensión arterial), como de promoción de la salud (atención domiciliaria) y de control de patologías crónicas (HTA) en atención primaria. Para tranquilidad de políticos y gestores, añadiremos que los profesionales incentivados en el modelo expuesto son los más eficientes y los que obtienen mejores resultados asistenciales. Disponemos de una herramienta –el EQPF– y un modelo de gestión y de retribución variable que

Tabla 5. Escenarios de gasto farmacéutico en distintas condiciones

	Gasto farmacéutico real 2005	Escenario 1 B = gasto por habitante que C (203 vs 191)	Escenario 2 Gasto por habitante B = variación bianual que A (-1,57 vs -6,34)
A: Facultativos no cumplidores (N = 785)	312,8 M euros	-	-
B: Facultativos que cumplen 100% (N = 959)	293,8 M euros	333,4 M euros	308,8 M euros
C: Total facultativos (N = 2.299)	791,3 M euros	830,9 M euros + 39,6 M euros	806,3 M euros + 15 M euros





fomenta el diálogo clínico entre médicos y gestores<sup>3,4</sup>. En conclusión, incentivar mejoras en el ámbito de la calidad de la prescripción resulta “altamente rentable” al Sistema Sanitario.

## Bibliografía

1. Acord de la Mesa Sectorial de Negociació de Sanitat sobre les condicions de treball del personal de les institucions sanitàries de l'Institut Català de la salut (ICS). Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. 22 setembre 2003; p. 18188-209.
2. E. Nin. Sistema de retribución variable por cumplimiento de objetivos en la Atención Primaria de Salud: Aprendiendo de las experiencias. Revista Clínica electrónica en Atención Primaria. Barcelona 2005. <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo2.php?idnum=7&art=06>
3. Estandar de calidad de prescripción farmacéutica. Fecha consulta página web 16/05/2006 <http://www.gencat.net/ics/professionals/farmacia.htm>
4. Catalán A, Nin E, Dehesa R, Morera R. Incentivos económicos y feedback informativo: sinergia para mejorar la calidad de la prescripción farmacéutica. Libro de Ponencias del IX Congreso Nacional Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria; 20-22 octubre 2004; Pamplona, España. p.121-2.
5. Amado E, Madrideojos R, Pérez M, Puig X. Relación entre calidad y coste de la prescripción farmacológica en la atención primaria. Aten Primaria 2000;25:464-8.
6. Nin E. Conclusiones. En: Nin E, Cabezas C, Madrideojos R, Martín AP, editores. Manual de gestión de la prescripción farmacéutica en atención primaria. Madrid: Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria; 2001. p. 311-3.
7. La Dirección Clínica como estrategia de mejora de la adecuación de la prescripción farmacológica en el ámbito de la atención primaria. Proyecto 087/23/2000. <http://www.aatrm.net/html/ca/Du8/index.html>