



Pago por desempeño («pay for performance» [P4P])⁽¹⁾

Juan Gérvas
Médico General. Equipo CESCA. Madrid.

Mercedes Pérez Fernández
Médico General. Equipo CESCA. Madrid.

INTRODUCCIÓN

Los médicos tenemos un enorme crédito social. Por ejemplo, nuestros pacientes creen que tenemos alguna respuesta a sus problemas, y por ello acuden a nuestras consultas. En general, además, creen que sabemos, que nos mantenemos al día, que somos de fiar. Por ello logramos las mejores notas en las encuestas respecto a confianza de la población en profesionales, habitualmente al nivel de los científicos, y bien lejos de los peor valorados (los políticos).

Son justo los peor valorados por la población (los políticos) los que determinan nuestra forma de trabajo, los que deciden sobre nuestra organización y su estructura. Ellos deciden sobre la forma en que nos contratan y sobre los medios que nos proveen. Ellos definen la forma de pago de los médicos, y la cantidad final que se percibe por distintos conceptos. Ellos determinan en cierta forma nuestro prestigio, nuestro crédito social, pues en la sociedad de mercado son muy importantes la forma de pago y la cantidad final de los emolumentos.

Además, la forma de pago es crucial en la práctica clínica. Con el salario pagan nuestro tiempo. Con la capitación, la salud de los pacientes. Con el pago por acto, nuestra actividad. No hay forma de pago ideal, aunque parece que si hay pago por capitación se logra contener el gasto sin perjudicar la calidad de la atención, que puede ser mejor que con otros sistemas de pago. De hecho, los países con mejores resultados en salud tienen una atención primaria fuerte, con médicos generales pagados por capitación¹.

Desde luego, la capitación se combina siempre con otras formas de pago, pues no suele cubrir más de la mitad de la remuneración mensual de los médicos generales o de familia. Lo característico de la capitación es que se asocia siempre a la existencia de una lista de pacientes (la lista por cuyos componentes se paga un tanto, un «per capita») y a la función de filtro del médico de cabecera (los pacientes acceden al especialista a través del generalista). En cualquier caso, estas tres formas de pago se pueden complementar con otras.

En 1994 se empezó en Australia con una nueva forma de pago, al incluir un incentivo por rendimiento o desempeño, que se ha extendido a Canadá, Estados Unidos, Nueva Zelanda y el Reino Unido, entre otros países. Se trata de un incentivo por calidad, por hacer determinadas cosas como se espera que se hagan (ya no es el simple pago por acto, sino por acto hecho de acuerdo a ciertas normas). Con este pago que mezcla calidad y cantidad, *pay for performance* (P4P), se promueve que ciertas actividades seleccionadas se hagan según se estime más conveniente². Se intenta con ello «forzar» al médico, y en el fondo expresa una filosofía de desconfianza del político hacia el clínico. Desconfianza fundada, pues en muchos casos los pacientes son muy inocentes, y con su buena fe desconocen que los médicos no ofrecen los cuidados necesarios en casi la mitad de los casos.

Con el pago por rendimiento ya no se supone una buena calidad, sino que en algunos aspectos concretos se exige.

Todo el movimiento del P4P, pago por rendimiento (de los incentivos por desempeño), parece muy lógico, pero ¿tiene fundamento científico? ¿Lo aceptarán los médicos? ¿Y las instituciones que los representan? Contestaremos a estas preguntas analizando diez textos recientes.

Bibliografía

1. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. HSR. 2003;38:831-65.
2. Ortún V. (Nuevas) formas de incentivación en atención primaria. Seminarios de Innovación en Atención Primaria. 2007. Disponible en: www.fcs.es

(1) En este texto emplearemos indistintamente los términos «pago por rendimiento», «pago por desempeño» y «pago por calidad», para que el lector tenga claro que son intercambiables. Los tres términos recogen la denominación de un tipo de incentivo que premia al tiempo cantidad y calidad. En la literatura científica inglesa original también se confunde el «pay for performance» con el «pay for quality», aunque no sean estrictamente lo mismo.

> 1 ANTES DE INNOVAR EN CALIDAD, DEMUESTRE LA EFECTIVIDAD DE LA INNOVACIÓN

Pregunta

¿Es la calidad tan importante que no precisa del mismo rigor en su mejora que otros campos de la práctica médica?

Respuesta

La calidad es importantísima, y es manifiestamente mejorable en la práctica clínica, pero conviene ser rigurosos en la diseminación y aceptación de propuestas de mejoras de la calidad clínica.

Resumen del artículo

Averbach AD, Landefeld CS, Shojania KG. The tension between needing to improve care and how to do it. *N Engl J Med*. 2007;357:608-13.

Contexto. De continuo se demuestran fallos en la calidad con la que se prestan los cuidados clínicos, con graves repercusiones en la salud de los pacientes (por los excesos o defectos de la atención). Por ello, los intentos de mejora de la calidad tienen siempre una recepción benevolente.

Objetivo. Analizar los prejuicios y lugares comunes que facilitan la rápida adopción de las innovaciones que mejoran la calidad.

Tipo de estudio. Revisión teórica, con abundantes ejemplos prácticos.

Métodos. Los autores describen siete razones por las que es casi habitual que se diseminen las iniciativas de mejora de la calidad.

Resultados. Los autores describen siete razones que nos llevan a aceptar demasiado fácilmente propuestas de mejoras de la calidad: *a)* no podemos esperar (ponen como ejemplo de adopción sin demostración la disminución del número de horas de trabajo de los residentes a 80 semanales, lo que se supone disminuye los errores en su trabajo); *b)* cualquier cambio es bueno (es falso, como demuestran con el ejemplo de la supuesta mejora de la atención a los diabéticos con el control de la hemoglobina glucosilada); *c)* la copia del éxito asegura el éxito (falso, dada la complejidad de las organizaciones); *d)* si la efectividad es obvia, la mejora también lo será (p. ej., lavarse las manos es de efectividad obvia, pero no sabemos bien cómo hacer que los profesionales se laven más las manos); *e)* la mejora en un área servirá de catalizador para una mejora general

(no, como demuestra el error con los prometedores equipos de emergencia, que no mejoran el resultado sanitario); *f)* los ensayos clínicos no se pueden aplicar a la innovación en calidad (cierto en parte, pero la medicina basada en pruebas es mucho más que ensayos clínicos), y *g)* es costosísimo demostrar la eficacia de la innovación en calidad (es costoso, pero más costosa resulta la falta de calidad).

Comentario

La innovación en calidad tiene tan buen aura como la prevención. Así, las actividades que se supone que mejoran la calidad se aceptan por «buena intención». Necesitamos pruebas también en calidad¹. También para la aceptación de los incentivos por rendimiento, por mejora de la calidad del desempeño². El pago por rendimiento puede ser bien intencionado, pero precisa demostrar sus beneficios en la salud de los pacientes y de la población³.

Bibliografía

1. Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, Wachter RM. Safe but sound: patients safety meets evidence-based medicine. *JAMA*. 2002;288:508-13.
2. McColl A, Roderick P, Gabby J, Smith H, Moore M. Performance indicators for primary care: an evidence based approach. *BMJ*. 1998;317:1354-60.
3. Fleetcroft R, Cookson R. Do the incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect population health gains? *J Health Serv Res Policy*. 2006;11:27-31 (2).

> 2 LA PUBLICACIÓN Y PUBLICIDAD DE DATOS SOBRE CALIDAD DEL DESEMPEÑO TIENE ESCASO EFECTO PRÁCTICO

Pregunta

¿Sirve para algo publicar y difundir datos sobre la calidad del desempeño de instituciones y profesionales sanitarios?

Respuesta

Los efectos de la difusión de información sobre la calidad del desempeño son escasos e inconsistentes.

(2) Este artículo, clave en la discusión sobre el pago por rendimiento, fue comentado por los firmantes en la sección «El último año de...» en 2007. Se trata del quinto trabajo incluido en: Gérvas J, Pérez Fernández M. Los límites de la prevención clínica. *AMF*. 2007;3:352-60.

Resumen del artículo

Fung CH, Lim YW, Mattke S, Damberg C, Shekelle PG. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Ann Intern Med.* 2008;149:111-23.

Contexto. En el sistema sanitario está de moda ser transparente, con la esperanza de que la transparencia ayude a mejorar (más calidad, mejor elección por el paciente, más seguridad).

Objetivo. Sintetizar los resultados de los trabajos en que se analiza el impacto de publicar y difundir datos sobre la calidad del desempeño.

Tipo de estudio. Revisión sistemática de la literatura científica en inglés.

Métodos. Se partió de dos revisiones sistemáticas previas^{1,2}, para seleccionar todos los artículos que las citaban hasta 2006. Además, se hizo una revisión de los trabajos con datos originales publicados sobre la cuestión antes y después de dichas revisiones. Se valoró primero la calidad de los trabajos, y después se analizaron según se refirieran a hospitales, profesionales o aseguradoras.

Resultados. De 2.543 artículos seleccionan 45 según los criterios señalados. Casi todos son descriptivos, de hospitales y referidos a cirugía cardíaca. En esta revisión no se llega a resultados concluyentes. Los estudios sugieren un ligero efecto en el rechazo de aseguradoras que tiene peores datos de desempeño y un efecto menor en el aumento de la calidad en los hospitales tras la publicación de los datos. No se puede concluir acerca del impacto en la seguridad del paciente o en la efectividad de los cuidados. Hubo efectos secundarios, como la menor continuidad de la publicidad de las aseguradoras que tuvieron peores resultados iniciales, el rechazo en los hospitales de los pacientes más complicados (cuyo tratamiento probablemente conllevaría peores datos de calidad, por las complicaciones), el envío de casos más graves a los mejores hospitales y la selección de los cirujanos con menos mortalidad por parte de los pacientes de clase alta (mientras los de clase baja seguían siendo atendidos por los cirujanos con más mortalidad).

Comentario

Medir, analizar, publicar y difundir datos e información sobre calidad del desempeño tiene impacto escaso e inconsistente en aspectos prácticos. Al afán de transparencia le faltan estudios rigurosos sobre los beneficios y perjuicios de la misma. El pago por desempeño puede mejorar el panorama si se tienen en cuenta estos problemas.

Bibliografía

1. Marshall MN, Shekelle PG, Leartherman S, Brook RH. The public release of performance data: what do we expect to gain? A review of the evidence. *JAMA.* 2000;283:1866-74.
2. Schneider EC, Lieberman T. Publicly disclosed information about the quality of health care: response of the US public. *Qual Health Care.* 2001;10:96-103.

> 3

AL MEDIR Y PAGAR POR LA CALIDAD DEL DESEMPEÑO PODEMOS ESTAR CONTRIBUYENDO A DISMINUIR LA CALIDAD CLÍNICA

Pregunta

¿Puede ser perjudicial para la calidad medir el desempeño?

Respuesta

Medir el desempeño no es inocente, y conlleva centrarse en lo que se mide, que puede ser distinto de lo que necesita el paciente.

Resumen del artículo

Werner RM, Asch DA. Clinical concerns about clinical performance measurements. *Ann Fam Med.* 2007;5:159-63.

Contexto. La implantación de los incentivos por calidad, por desempeño, está cambiando también la práctica clínica en Estados Unidos. Algunos clínicos se resisten, pero no parecen encontrar mucho eco.

Objetivo. Analizar el fundamento de las quejas de los clínicos que se oponen a la implantación ubicua de los incentivos por rendimiento.

Tipo de estudio. Revisión teórica, ilustrada con ejemplos de casos clínicos.

Métodos. Se valoran cuatro aspectos en contra de la actividad clínica de calidad, y se hacen propuestas para lograr que la medición del desempeño no provoque un decrecimiento de la calidad de la atención clínica.

Resultados. Los incentivos por rendimiento tal y como se utilizan en la clínica pueden incrementar la calidad de lo medido, pero nada asegura que aumenten la calidad de la atención propiamente dicha. Los autores insisten en cuatro cuestiones concretas: a) los incentivos por desempeño se ciñen a áreas con poco impacto en la mejora de la salud del paciente, b) los incentivos no suelen incorporar criterios de prioridad, con lo

que el médico clínico se dispersa, c) los incentivos pueden llevar a dedicar tiempo en exceso al cumplimiento de los indicadores con los que se mide el desempeño, dejando de lado los problemas que presenta el paciente y d) los indicadores para el pago por desempeño son demasiado simples, demasiado centrados en aspectos concretos de las enfermedades y la prevención. Respecto a la mejora del pago por rendimiento, proponen ampliar los indicadores para que a) incluyan problemas generales, para que sean menos específicos, b) sean indicadores sobre problemas de salud frecuentes, c) tengan demostrada su relación con un cambio en la salud de los pacientes, y d) estén priorizados según su «peso» clínico. Terminan afirmando que en la actualidad la calidad en los indicadores de desempeño no implica calidad en la atención clínica.

Comentario

Los autores citan el Quality and Outcomes Framework como ejemplo (el uso en el Reino Unido del pago por rendimiento), aunque sabemos que tienen un impacto que levanta recelo en el Royal College of General Practitioners¹, y que no se relacionan con la salud de los pacientes ni de la población, sino con la carga de trabajo para el médico general². Parece, pues, que algunos en Estados Unidos tienen una visión sesgada positiva hacia la medición de la calidad³, lo que explicaría esta mirada positiva hacia la experiencia inglesa.

Bibliografía

1. Royal College of General Practitioners. The future direction of General Practice. A roadmap. Londres: RCGP; 2007.
2. Fleetcroft R, Cookson R. Do the incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect population health gains? J Health Serv Res Policy. 2006;11:27-31.
3. Averbach AD, Landefeld CS, Shojania KG. The tension between needing to improve care and how to do it. N Engl J Med. 2007;357:608-13.

> 4 PROBLEMAS ÉTICOS EN EL PAGO POR DESEMPEÑO EN ESTADOS UNIDOS

Pregunta

En Estados Unidos, ¿ven problemas éticos en el pago por desempeño?

Respuesta

El pago por desempeño conlleva graves problemas éticos.

Resumen del artículo

Snyder L, Neubauer RL for the American College of Physicians Ethics, Professionalism and Human Rights

Committee. Pay-for-performance principles that promote patient-centered care: an ethics manifesto. Ann Intern Med. 2007;147:792-4.

Contexto. La presión por cumplir con los objetivos en los sistemas con fuerte pago por rendimiento puede llevar a conflictos éticos. El médico siempre se encuentra en el dilema clínico de servir al paciente o a la organización.

Objetivo. Señalar los principales problemas éticos que plantea el pago por desempeño en la práctica clínica en Estados Unidos. Definir la postura oficial del American College of Physicians (ACP) sobre los conflictos éticos que genera el pago por rendimiento.

Tipo de estudio. Revisión de los principales problemas por el Comité de Ética, Profesionalismo y Derechos Humanos del ACP.

Métodos. Trabajo que representa la postura oficial del ACP, desarrollado por su comité de ética.

Resultados. El ACP ve con preocupación el desarrollo de los planes de pago por rendimiento, puesto que no se ha demostrado su efectividad ni se han estudiado los efectos adversos de su implantación. La medición del desempeño puede ayudar a mejorar la calidad clínica, pero sólo cuando se conozca mejor cómo hacerlo. Por ahora los indicadores son demasiado específicos. Tales indicadores conllevan el riesgo de que el trabajo clínico se centre en su cumplimiento. También que se rechace a los pacientes en cuyo seguimiento se cumplirán difícilmente los indicadores. Con ello se puede llegar a modificar la relación entre médico y paciente, por centrarse el acto clínico en el cumplimiento de los indicadores, no en las necesidades del paciente («el paciente ha muerto, pero sus electrolitos estaban controlados»). También pueden aumentar el coste y las cascadas diagnósticas y terapéuticas. Como métodos paliativos proponen: a) transparencia (para que el paciente esté al tanto de la existencia de los incentivos y de cómo responde a ellos su médico), b) investigación sobre mejores indicadores de desempeño (para medir la atención compleja, la accesibilidad, la continuidad y demás cuestiones que valoran clínicos y pacientes) y c) monitorización de los efectos adversos de los indicadores (no se puede suponer que son inocuos).

Comentario

Como toda intervención sanitaria, el pago por rendimiento conlleva efectos adversos. Es clave valorarlos ante una intervención de efectividad no demostrada¹, sobre todo si uno de los peligros es el aumento de las cascadas diagnósticas y terapéuticas innecesarias².

Bibliografía

1. Peterson LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does pay-for-performance improve the quality of health care? Ann Intern Med. 2006;145:265-72.

2. Pérez Fernández M, Gervas J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:65-7.

> 5

EL FUTURO MÉDICO EN ESTADOS UNIDOS: MÁS P4P CON INCENTIVOS PARA COORDINACIÓN (Y MEDICAL HOMES)

Pregunta

¿Es pasajera la moda del pago por rendimiento (P4P) en Estados Unidos?

Respuesta

En Estados Unidos hay un decidido propósito de seguir con el pago por rendimiento, en el que se incluirá la coordinación y el trabajo en *medical homes*.

Resumen del artículo

Pham HH, Ginsburg PB. Unhealthy trends: the future of physician services. *Health Aff*. 2007;26:1586-98.

Contexto. El gasto sanitario en Estados Unidos supera ya al 16% del PIB, y no deja de crecer. El aumento es en parte achacable a las formas de pago y a los incentivos que reciben los médicos.

Objetivo. Describir la práctica clínica ambulatoria estadounidense, hacer un ejercicio de predicción si no cambia y sugerir incentivos para que el cambio sea «sano».

Tipo de estudio. Ejercicio de prospectiva.

Métodos. Valoración de las características del trabajo del médico «gringo» que han ido cambiando en las dos últimas décadas, con análisis del impacto de las formas de pago y de los incentivos.

Resultados. Los médicos con trabajo en el medio ambulatorio (especialistas y generalistas) han ido abandonando la dependencia tecnológica del hospital. Por efecto de los incentivos de formas de pago por acto (que han valorado siempre más lo tecnológico que lo cognitivo, y lo agudo más que lo crónico), los médicos cada vez tienen más potentes centros diagnósticos y terapéuticos ambulatorios a los que autoderivan pacientes. Además, en la actualidad se han desarrollado guías clínicas que se están introduciendo a través del pago por desempeño; con ellas se intenta evitar la falta de calidad en la consulta. Todo este movimiento favorece a los especialistas en detrimento de los generalistas, que no ven incentivado su trabajo de coordinación y de seguimiento de los pacientes cróni-

cos y con comorbilidad. En el futuro se precisan incentivos añadidos al P4P para promover la coordinación de cuidados, una intensidad de atención apropiada (número e intensidad de recursos por episodio atendido) y el trabajo en grupo con aceptación del seguimiento global de pacientes (las *medical homes*).

Comentario. Estados Unidos constituye una excepción en el mundo desarrollado, por no tener cobertura sanitaria pública de toda su población. Pero conviene estar al tanto de las propuestas de más pago por desempeño, y de *medical homes* (que los autores ven como grandes centros de salud multiespecialidades con potente tecnología, en el mismo sentido en que se promueven en el Reino Unido los «policlínicos»), pues cuentan con muchos defensores¹⁻³.

Bibliografía

1. Wennberg JE, O'Connor AM, Collings ED, Weinstein JN. Extending the P4P agenda. Part 1: How Medicare can improve patient decision making and reduce unnecessary care. *Health Aff*. 2007;26:1564-74.
2. Wennberg JE, O'Connor AM, Collings ED, Weinstein JN. Extending the P4P agenda. Part 2: How Medicare can reduce waste and improve the care of the chronically ill. *Health Aff*. 2007;26:1575-85.
3. Goldfield N, Averill R, Vertress J, Fuller R, Mesches D, Moore G, et al. Reforming the primary care physician payment system. Eliminating E&M codes and creating the financial incentives for an "advanced medical homes". *J Ambulat Care Manager*. 2008;31:24-31.

> 6

EL FUTURO DE LA MEDICINA GENERAL (EN EL REINO UNIDO) MODIFICADO POR LOS INCENTIVOS POR DESEMPEÑO

Pregunta

¿Cómo ve el Royal College of General Practitioners (RCGP) el pago por rendimiento?

Respuesta

El RCGP no se opone al pago por rendimiento, pero hace constar que puede poner en peligro la agenda común médico-paciente y disminuir el profesionalismo médico.

Resumen del texto

Royal College of General Practitioners. *The future direction of general practice. A roadmap*. Londres: RCGP; 2007.

Contexto. El futuro ni se predice ni se fuerza, pero las instituciones pueden o deben señalar los caminos que prevén recorrer.

Objetivo. Valorar los aspectos cruciales para los médicos generales ingleses en lo que respecta a la mejora de sus servicios en un entorno cambiante, tanto desde el punto de vista político como social. Prever la respuesta a nuevas iniciativas políticas y a nuevas necesidades sociales.

Tipo de estudio. Revisión y análisis de la actividad de los médicos generales ingleses mediante la valoración de los mayores problemas actuales, las condiciones sociales y políticas que los condicionan, y las probabilidades de introducir cambios.

Métodos. Se trata de un trabajo colectivo, dirigido por los responsables del RCGP. Han participado tanto pacientes como médicos generales en ejercicio. También otros profesionales sanitarios, responsables políticos y científicos.

Resultados. Con este documento, el RCGP intenta dar respuesta a la presión social y política en el Reino Unido para lograr un trabajo más eficiente de los médicos generales. En concreto, reconocen el enorme impacto en la actividad clínica diaria de los nuevos incentivos por rendimiento (P4P) incluidos en el contrato, el Quality and Outcomes Framework. Para acceder a estos fortísimos incentivos (de hasta 95.000 euros brutos al año, para un centro de salud típico con tres médicos a tiempo completo y unos 5.500 pacientes) se tiene que responder a 151 indicadores de calidad. Estos indicadores son clínicos (81 en total, tipo «consejo contra el tabaco»), de organización (56 en total, tipo «tiempo máximo para obtener cita con su médico de cabecera»), de servicios adicionales (10 en total) y de valoración del paciente (4 en total). El peligro es que la actividad se centre en el puro registro electrónico que da acceso a los incentivos, y que ello cambie el foco de interés sobre el paciente y disminuya el profesionalismo médico (su independencia y autoestima). El texto propone cambios que lleven a un médico general polivalente, muy resolutivo y comprometido con el trabajo clínico.

Comentario

La medicina general en el Reino Unido está sometida a tales presiones que ya no es un modelo estimulante. La innovación se ha convertido en una moda en sí. De ahí que haya voces críticas^{1,2}. Incluso se habla de desmantelamiento de la medicina general^{3,4}. Es comprensible el esfuerzo del RCGP por poner un poco de orden en este caos innovador.

Bibliografía

1. Fleetcroft R, Cookson R. Do the incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect population health gains? *J Health Serv Res Policy*. 2006;11:27-31.
2. Gervas J, Starfield B, Violán C, Minué S. GPs with special interests: unanswered questions. *Br J Gen Pract*. 2007;57:912-7.
3. Elwyn G, Taubert M, Checkland K, Williams S. Lost in the global sum? *Br J Gen Pract*. 2007;57:439-40.
4. Jones R. Dismantling general practice. *Br J Gen Pract*. 2007;57:860-1.

> 7

EL FUTURO DEL PAGO POR RENDIMIENTO EN LA MEDICINA GENERAL INGLESA

Pregunta

¿Qué se prevé en el próximo futuro sobre el pago por desempeño en el Reino Unido?

Respuesta

Más pago por calidad, con énfasis en aspectos de la relación interpersonal y de la equidad.

Resumen del artículo

Lester H, Roland M. Future of quality measurements. *BMJ*. 2007;335:1130-1.

Contexto. El pago por calidad basado en la medición de indicadores relacionados con el desempeño es moda duradera. En el Reino Unido los médicos generales y su colegio pueden verlo como una amenaza a la calidad clínica, pero el futuro del pago por rendimiento está asegurado.

Objetivo. Valorar la posible evolución inmediata del pago por rendimiento en el Reino Unido.

Tipo de estudio. Análisis teórico por dos figuras clave de la negociación práctica de los contratos que implementan el pago por rendimiento.

Métodos. Presentación del desarrollo histórico, valoración de los resultados y consideración de los problemas más importantes a resolver en la aplicación práctica del pago por calidad (por desempeño).

Resultados. El pago por desempeño se introdujo en 2004, y se corrigió por primera vez en 2006. En 2008 está en marcha una nueva revisión. Se introdujo por: a) la constatación de variabilidad en la calidad clínica, b) la posibilidad tecnológica de medir indicadores del desempeño, y c) una política de aumento de la inversión en medicina general a través de mejoras en la calidad. Hay muchas posibilidades para la revisión de los indicadores, desde dejarlos como están hasta añadir más y más, o mejorar globalmente el conjunto, o eliminar lo que ya se ha logrado, o rotar entre los indicadores para forzar las áreas de mejora. Los autores tienen experiencia práctica en la discusión de los indicadores, tanto en las fases previas (Martin Roland) como en la actual (Helen Lester), y en su opinión lo mejor sería rotar entre los indicadores para lograr que se fueran mejorando distintas áreas en que se crea conveniente mejorar la calidad de la atención. Proponen mejorar los indicadores sobre cuestiones como aspectos interpersonales en la atención y aspectos relacionados con la equidad.

Comentario

Los indicadores de la calidad del desempeño miden el desempeño medido (y no es un trabalenguas, sino una constatación). Lamentablemente, no sabemos mucho sobre el impacto en el desarrollo profesional, la relación entre médico y paciente ni la salud de los pacientes y la población. Los firmantes son «creyentes» de los beneficios del pago por rendimiento¹, y lamentablemente en este texto no ponen en duda su bondad, tanto en lo que se refiere a efectividad² como a impacto en la salud de la población³.

Bibliografía

1. Roland M. Linking physician pay to quality of care: a major experiment in the UK. *N Engl J Med*. 2004;351:1448-54.
2. Peterson LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Ann Intern Med*. 2006;145:265-72.
3. Fleetcroft R, Cookson R. Do the incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect population health gains? *J Health Serv Res Policy*. 2006;11:27-31.

> 8

EN ESPAÑA TAMBIÉN ESTAMOS PREOCUPADOS CON LOS INCENTIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Pregunta

¿Tenemos los médicos generales españoles capacidad de discrepar de las modas de los incentivos por hacer cosas y/o controlar el gasto?

Respuesta

Sí, existe una corriente de pensamiento que pide precaución antes de la introducción de incentivos varios, incluidos los del pago por rendimiento.

Resumen del artículo

Gérvas J, Ortún V, Palomo L, Ripoll MA. Seminario de Innovación en Atención Primaria 2007. Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. *Rev Esp Salud Pública*. 2007;81:589-96.

Contexto. Los incentivos monetarios son poderosos modificadores de la conducta clínica, y muchas veces se introducen como simples métodos para el control del gasto, sin valorar las consecuencias sobre la salud de la población.

Objetivo. Analizar los incentivos desde el punto de vista del médico general clínico, con énfasis en la búsqueda de la salud de la población y en la potenciación de la «silla».

Tipo de estudio. Seminario con discusión sobre los incentivos en atención primaria.

Métodos. Desarrollo del texto a partir de la presentación de una revisión general sobre incentivación, de Vicente Ortún¹, y de la discusión previa, en el propio taller, y posterior acerca de los aspectos más clínicos.

Resultados. Los 37 autores de este artículo mezclan conocimientos teóricos y prácticos al analizar los incentivos al uso en España, en atención primaria. Valoran muchos incentivos actuales como simples herramientas para contener el gasto, sin tener en cuenta que lo interesante es la adecuación y la calidad de las prestaciones (conseguir que se presten al 100% a quienes las necesitan y que no se presten al 100% a quienes no las necesitan). Los incentivos explícitos de simple contención del gasto pueden llegar a destruir incentivos implícitos (p. ej., autoestima profesional). Hay que evitar, además, la ingeniería documental, el trabajar para cubrir las apariencias y documentar los indicadores que aseguran la consecución de los incentivos. Lo importante es la salud de los pacientes y de la población, pero sabemos poco del impacto de los incentivos en el producto final. Por ello se propone, al menos, que los incentivos mejoren la «silla», el conjunto de procedimientos que se pueden hacer en la consulta y el domicilio del paciente, con énfasis en lo básico (entrevista clínica, exploración física, empatía y demás).

Comentario

En España también hay preocupación por las cuestiones éticas que suscitan los incentivos². Pero se habla poco de la necesidad de recuperar el atractivo de la «silla» para el médico general, de la imperiosidad de aumentar el componente clínico de la práctica clínica en atención primaria. Se precisan incentivos y correctivos que fomenten dicho componente clínico, especialmente en lo poco que se sabe acerca de si aumenta la salud de la población y de los pacientes.

Bibliografía

1. Ortún V. (Nuevas) formas de incentivación en atención primaria. Seminarios de Innovación en Atención Primaria 2007. Disponible en: www.fcs.es
2. Tevés J, Salmerón JM, Blanco JA, Calvet C, Morlans M. La direcció per objectius incentivats. Un dilema deontològic? *Annals Med*. 2007;90:35-7.

> 9

UN EJEMPLO DE MEJORA DEL PROCESO Y DEL RESULTADO (AL MENOS CON EL P4P RESPECTO AL TABAQUISMO)

Pregunta

¿Hay algún ejemplo que sugiera un efecto positivo en salud del pago por rendimiento?

Respuesta

Sí, al menos respecto al consejo contra el tabaquismo y el abandono del mismo.

Resumen del artículo

Mollet C, Gray J, Saxena S, Netuveli G, Majeed A. Impact of a pay-for-performance incentive on support for smoking cessation and on smoking prevalence among people with diabetes. *CMAJ*. 2007;176:1705-10.

Contexto. El pago por desempeño es criticado por su falta de efectividad e impacto en la salud de los pacientes. En general, los que lo implantan presentan datos a favor, y los que lo sufren, en contra.

Objetivo. Examinar el impacto del pago por registrar el hábito tabáquico y por aconsejar contra el tabaco a los diabéticos fumadores, incentivos incluidos en el contrato de 2004 de los médicos generales ingleses, en el Quality and Outcomes Framework.

Tipo de estudio. Trabajo tipo «antes-después», longitudinal, con base poblacional.

Métodos. Se utilizan los registros electrónicos de pacientes diabéticos de una zona de la ciudad de Londres (Reino Unido), que incluye 36 centros de salud, de los que aceptaron participar 32 (unos 90 médicos generales). Se comparan los resultados anotados en la historia clínica de 4.284 diabéticos, desde junio hasta octubre de 2003 (antes) y de noviembre de 2005 a enero de 2006 (después de introducir el pago por rendimiento). Como indicadores se utilizaron el registro del propio tabaquismo y del consejo antitabaco (cuando correspondía) y se determinó la prevalencia del tabaquismo en los pacientes estudiados.

Resultados. Entre 2003 y 2005 aumentó el registro del hábito tabáquico entre los pacientes diabéticos atendidos en los 32 centros estudiados (del 90 al 99%). También aumentó el número de pacientes diabéticos fumadores en los que se registró el consejo contra el tabaco (del 48 al 84%). La prevalencia del tabaquismo disminuyó entre los pacientes estudiados, del 20% en 2003 al 16% en 2005. Los resultados fueron mejores en los centros en que se partía inicialmente de datos peores, y sobre todo en los pacientes de minorías étnicas (en los que la atención suele ser de mucha peor calidad que en los «locales»). En las mujeres la cesación de fumar fue menor que en los varones.

Comentario

El trabajo comentado demuestra la utilidad del pago por desempeño en el caso del tabaquismo en diabéticos fumadores. El consejo contra el tabaco es de las pocas actividades preventivas

de efectividad probada (retrasa 120 muertes por 100.000 habitantes y año, contra 71 muertes mediante cribado, seguimiento y tratamiento de la hipertensión y 14 muertes con estatinas en la prevención secundaria tras el infarto de miocardio). Sin embargo, en el contrato inglés se paga cinco veces más mediante P4P lo referente a hipertensión en comparación con el consejo contra el tabaco¹. Naturalmente, al juzgar el trabajo, hay que tener en cuenta el diseño («antes-después») que impide valorar el impacto del simple acontecer en la población del abandono del tabaco².

Bibliografía

1. Fleetcroft R, Cookson R. Do the incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect population health gains? *J Health Serv Res Policy*. 2006;11:27-31.
2. Bell CM, Levinson W. Pay for performance: learning about quality. *CMAJ*. 2007;176:1717-9.

> 10

EL PAGO POR RENDIMIENTO, MEJOR DE LO ESPERADO POR LOS MÉDICOS GENERALES INGLESES

Pregunta

¿Qué ha cambiado en la práctica y qué opinan los médicos generales del nuevo contrato que incluye el pago por rendimiento?

Respuesta

Los médicos generales ingleses valoran positivamente el pago por rendimiento, ya que se asocia a trabajar menos horas, a ganar más y a tener más satisfacción en el trabajo.

Resumen del artículo

Whalley D, Gravelle H, Silbad B. Effect of the new contract on GPs' working lives and perceptions of quality of care: a longitudinal survey. *Br J Gen Pract*. 2008;58:8-14.

Contexto. Los cambios en los contratos de los médicos ingleses (en 1966 y 1990) han tenido un gran impacto en sus condiciones de trabajo.

Objetivo. Evaluar la percepción de los médicos generales ingleses respecto al impacto del pago por rendimiento en su vida profesional y laboral.

Tipo de estudio. Longitudinal, mediante encuestas postales repetidas.

Métodos. Los autores enviaron una encuesta postal a una muestra representativa de médicos generales del Reino Unido, primero en 2001, después en febrero de 2004 (antes de poner en marcha el pago por rendimiento), y por último en septiembre de 2005 (18 meses tras el nuevo contrato). Contestó en 2004 el 57% (2.179 médicos generales). De ellos contestaron

1.378 (el 65%) en 2005. El análisis se limitó a los que tenían el contrato (2.105 en 2004 y 1.349 en 2005). Mediante las respuestas a la encuesta se midió la satisfacción con el trabajo, la presión en el trabajo, así como el impacto en sus vidas y en la calidad del trabajo clínico del nuevo pago por rendimiento.

Resultados. Sobre un máximo de 7, la satisfacción subió de 4,58 a 5,17. Por apartados, la satisfacción aumentó sobre todo respecto a la remuneración y a las horas trabajadas. También disminuyó la presión en el trabajo. La remuneración anual subió de una media de 58.720 euros a una media de 74.080 euros. Las horas semanales trabajadas en el trabajo clínico habitual bajaron de 44,5 a 40,8 h. No bajaron las horas de guardia (subieron de 13 a 14 semanales). El nuevo contrato disminuyó la autonomía e incrementó el trabajo administrativo y clínico. En 2005, en conjunto, los médicos generales tenían una impresión mucho más positiva del nuevo contrato de lo que habían esperado.

Comentario

Mucho están cambiando las cosas en la medicina general en el Reino Unido^{1,2}. En este trabajo los médicos parecen satisfechos con el pago por rendimiento. Parte del trabajo de «dejar rastro» para cobrar los incentivos puede ser hecho por personal auxiliar, lo que deja tareas más complejas al médico general y ello provoca la mayor satisfacción. Hay que señalar el fuerte contraste entre la opinión favorable de los médicos generales y la falta de impacto en la salud de los pacientes y de la población³.

Bibliografía

1. Jones R. Dismantling general practice. Br J Gen Practice. 2007;57:860-1.
2. Jewell D. Work patterns in UK general practice: turning the clock back? Br J Gen Prac. 2008;58:6-7.
3. Fleetcroft R, Cookson R. Do the incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect population health gains? J Health Serv Res Policy. 2006;11:27-31.

¿Debo leer este número?

Respuestas correctas	
1	F
2	V
3	V
4	V
5	F
6	F
7	V
8	F
9	V
10	V
11	V
12	F
13	V
14	F
15	V
16	F
17	F
18	F
19	V
20	V

Si has fallado alguna de las preguntas, te recomendamos, en función de tus respuestas, los siguientes artículos:	
Preguntas	Artículos recomendados
1 a 3	Patología de la columna lumbar
4 a 5	Entrevista con el anciano
6 a 8	Soplos
9 a 10	Búsqueda bibliográfica
11 a 12	Anorexia y bulimia
13 a 15	Diarrea crónica
16	Perniosis
17 a 18	¿Tapar o no tapar una abrasión corneal? Esa es la cuestión
19 a 20	El último año de... pago por desempeño