

Basta de «clicar» casillas

Hace unos días atendimos un proceso de bronquitis aguda de un paciente joven habitualmente visitado por un compañero que estaba de vacaciones. El chico, concienciado por la política antitabaco del Ministerio, reconoció que fumaba demasiado y que aquel episodio le había motivado a dejar de fumar. Nos sorprendió comprobar que en la historia clínica informatizada apareciera como «no fumador». Esta circunstancia, aparentemente intrascendente que podía muy bien deberse a un error tipográfico, despertó nuestra curiosidad y nos llevo a realizar otras observaciones en los registros de nuestro compañero. Comprobamos que las cifras de presión arterial o de hemoglobina glucosilada de los pacientes bien controlados constaban perfectamente en las casillas de registro numérico, mientras que los datos de los pacientes descontrolados estaban en modo texto.

A su vuelta de vacaciones, cuando bromeamos acerca de sus astucias para aparecer bien en las estadísticas y cobrar incentivos a final de año, me hizo ver que no era un exceso de picardía por su parte, sino una tremenda candidez por la mía. Señaló con razón que incluso los directivos de los equipos facilitan listados de pacientes que no cumplen los criterios para que los médicos «realicemos» y sobre todo registremos las actividades que marcan los objetivos. Comprendimos que esta conspiración por la excelencia beneficia a todos los ámbitos del sistema. Los profesionales cobramos una parte importante de nuestro sueldo en concepto de productividad variable vinculada a objetivos de calidad que, a su vez, también condicionan el ascenso en la carrera profesional. Pero los centros también se benefician de los buenos resultados, ya que obtienen una parte considerable del presupuesto que les financia por el cumplimiento de objetivos fijados anualmente.

Esta cadena lleva a que, por ejemplo, las cifras de control de la presión arterial de todos los equipos de atención primaria de Barcelona¹ incluidos un proceso de *benchmarking*² sean superiores a los de los centros excelentes adscritos voluntariamente al PAPPS³ (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria) o a los de los países de nuestro entorno⁴.

Estos hallazgos no nos deben inducir a pensar que los ciudadanos de Barcelona reciben una atención que roza la «excelencia». Sólo señalan que ha surgido la inevitable perverción del proceso. A su inicio, ya advertíamos⁵ que los objetivos, además de ser pocos y relacionados con aspectos esenciales, debían basarse en registros no modificables por

los interesados. La historia clínica electrónica, escrita por los mismos profesionales que cobran los incentivos, es en consecuencia y aunque parezca imposible, un registro manipulable. Los datos recogidos por otros profesionales sin interés económico directo, como los listados de citas o aquellos en los que interviene directamente el paciente, como las prescripciones, son posiblemente más difíciles de modificar. Seguramente no hace falta acceder a la historia clínica ni a listados interminables de indicadores si deseamos recomensar el resultado asistencial. Muchos de estos indicadores están íntimamente relacionados entre sí. El médico que prescribe bien también presta atención a las actividades preventivas y controla las enfermedades crónicas⁶. Hemos comprobado que el producto asistencial se descompone en 3 componentes esenciales: *a)* ligado a la relación médico-paciente y la accesibilidad; *b)* basado en la coordinación del equipo asistencial, y *c)* relacionado con la calidad científico-técnica⁷.

El interés de nuestro compañero por «clicar» las casillas de la historia clínica electrónica demuestra una vez más que los incentivos económicos son un potente estímulo para modificar la conducta profesional^{8,9}. Es muy posible que su influencia sobre la práctica clínica sea superior en determinados grupos de médicos. La evaluación del cumplimiento de las recomendaciones de prescripción del Institut Català de la Salut muestra que la productividad variable únicamente modificó los hábitos de los que partían de un bajo cumplimiento. Justamente de los que no habían respondido a la formación y al *feedback* de su práctica profesional. El incentivo económico no tuvo ningún efecto sobre los que ya partían de un nivel elevado de calidad, que siguieron progresando con la misma tendencia que ya tenían¹⁰.

Las inequidades también surgen por la práctica extendida a igualar las metas que se fijan a cada centro o profesional. Es lícito intentar que todos los ciudadanos reciban la misma calidad asistencial, pero es injusto recompensar de la misma manera a los que han hecho esfuerzos distintos para conseguirlo. La energía necesaria para mejorar los resultados no depende únicamente del punto de partida, sino también de algunas circunstancias estructurales del centro y la población atendida. Sabemos que los indicadores de la dimensión científico-técnica son superiores en los centros docentes¹¹ y en los que atienden a poblaciones socialmente más deprimidas¹², y en cambio empeoran en los médicos de más edad¹¹. No es justo valorar a profesionales y equi-

pos de características estructurales distintas sin neutralizar los factores que afectan al resultado. Una política de productividad variable lineal es retributivamente injusta.

El debate sobre los incentivos en el entorno sanitario no se limita a aspectos de justicia retributiva o a sus connotaciones éticas¹³, sino que afecta al desconocimiento de su impacto sobre la práctica asistencial. Conocemos que la incentivación de la práctica de actividades preventivas cambia la conducta del profesional, pero no los estilos de vida del paciente¹⁴. Obviamente, registrar el hábito tabáquico no reduce la prevalencia de fumadores.

Se han estudiado las consecuencias de la implantación del modelo de carrera profesional y de productividad variable ligada a objetivos de calidad sobre la satisfacción de los usuarios y la calidad de vida de los médicos y los profesionales de enfermería del Institut Català de la Salut. La carrera aumentó la percepción de soporte directivo en ambos colectivos profesionales. Los médicos de atención primaria dejaron de suspender a sus directivos. En las enfermeras, esta mejora de su calidad de vida laboral se tradujo en un aumento de la satisfacción de los usuarios¹⁵. El efecto positivo que ha producido la carrera sobre la imagen de los directivos es posiblemente debido a que médicos y enfermeras aprecian el hecho de que la institución reconozca los mismos méritos que ellos consideran importantes.

En cambio, la productividad variable ligada a objetivos de calidad que sólo afectó a médicos produjo un aumento de la percepción de demandas por parte de los profesionales, que acabó repercutiendo negativamente en la satisfacción de los usuarios¹⁵. Esto nos lleva a concluir que la aplicación de esquemas de incentivación excesivamente agresivos puede agravar la sensación de presión asistencial y, en consecuencia, dañar aspectos esenciales de la calidad de los resultados asistenciales. Sobre una parte del colectivo podría, además, desencadenar el *burnout* que presenta de forma latente.

La ambivalencia de estas primeras evaluaciones de la carrera y la productividad variable no deben llevarnos a abandonar la iniciativa volviendo a los pagos lineales y a la gestión por presupuestos. Al contrario, muestran que se ha lanzado un potente instrumento de gestión de la actividad clínica. Justamente, su fuerte capacidad para modificar la práctica profesional obliga a que sigamos aprendiendo de las evoluciones de su impacto. No sólo del que produce sobre los indicadores fijados, sino de su efecto sobre el resultado asistencial global y la calidad de vida de los profesionales. Su capacidad para promover un determinado tipo de actividades puede favorecer que se abandonen otras, menos frecuentes, pero de vital importancia.

Los modelos actuales de retribución variable tienen un elevado coste de transacción. Para que sean más eficientes, los directivos sanitarios deben aclarar si persiguen mejorar la justicia retributiva o promover la práctica de ciertas actividades. Si buscan lo primero, unos pocos indicadores les dan una aproximación muy adecuada de la calidad asisten-

cial. Si, por el contrario, desean promover actividad, han de escoger registros que las reflejen pero que no puedan ser manipulados por los interesados. En cualquier caso, urge seguir evaluando las repercusiones de estos modelos retributivos sobre la salud de los ciudadanos

Joan Gené Badía
Editor Adjunto de ATENCIÓN PRIMARIA.

Bibliografía

1. Consorci Sanitari de Barcelona. Resultats de l'avaluació 2004 dels EAP de la ciutat de Barcelona. Disponible en: http://www.csbcn.org/area_prov/bench.htm el 19/9/2006.
2. Plaza Tesías A, Zara Yahni C, Guarga Rojas A, Farrés Quesada J. Resultado de la aplicación del *benchmarking* en los equipos de atención primaria de Barcelona. Aten Primaria. 2005;35:122-9.
3. Subías Loren PJ, García-Mata RJ, Pérula de Torres L, por el Grupo de Evaluación del PAPPs. Efectividad de las actividades preventivas analizada en el ámbito de centros de salud adscritos al Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPs) de la semFYC. Aten Primaria. 2000;25:383-9.
4. Grandi AM, Maresca AM, Sessa A, Stella R, Ponti D, Barlocco E, et al. Longitudinal study on hypertension control in primary Care: The Insubria Study. Am J Hypertens. 2006;19:140-5.
5. Gené Badía J, Gallo de Puelles P. Retribución variable vinculada a la calidad asistencial. Aten Primaria. 2004;34:198-201.
6. Torrecilla-Rojas MA, Pedregal-González M, Carballo-Camacho MO, Rodríguez-Papalardo V, Fernández-Fernández I. Descripción y validación de indicadores de calidad de la prescripción en atención primaria. Aten Primaria. 2006;37:273-7.
7. Gené-Badía J, Ascaso C, Escaramis-Babiano G, Sampietro-Colom J, Catalán-Ramos A, Sans-Corrales M, et al. Personal care, access, quality and team coordination, are the main dimensions of family medicine output. Fam Pract. [en prensa].
8. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, et al. Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review [review]. J Health Serv Res Policy. 2001;6:44-55.
9. Giuffrida A, Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sergison M. Target payments in primary care: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(3):CD000531.
10. Cafalan A. La dirección clínica como estrategia de mejora de la adecuación de la prescripción farmacológica en el ámbito de la atención primaria. Beca Agència Avaluació de la Tecnologia; Recerques Mèdiques 087/23/2000.
11. Sutton M, McLean G. Determinants of primary medical care measured under the new UK contract: cross sectional study. BMJ. 2006;332:389-90.
12. Campbell SM, Hann M, Hacker J, Bruns C, Oiver D, Thapar A, et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. BMJ. 2001;323:1-6.
13. Dicker A. Target tyranny. J Royal Soc Med. 2004;97:496-7.
14. Imperial Cancer Research Fund OXCHECK Study Group. Effectiveness of health checks conducted by nurses in primary care: final results of the OXCHECK study. Imperial Cancer Research Fund OXCHECK Study Group. BMJ. 1995;310:1099-104.
15. Gené-Badía J, Escaramis-Babiano G, Sans-Corrales M, Sampietro-Colom L, Aguado-Menguy F, Cabezas-Peña C, et al. Impact of economic incentives on quality of professional life and on end-user satisfaction in primary care. Health Policy. 2007; 80:2-10.