



EDITORIAL

Aprovechemos la pandemia COVID-19 para superar la ineficiente retribución variable ligada a desempeño

Let's take advantage of the COVID-19 pandemic to overcome the inefficient pay for performance scheme



A finales de los noventa, el economista Uwe Reinhardt alertó que entrábamos en la era de la «medicina de pecera» (*fishbowl medicine*). Anunció la desaparición de la libertad clínica y el auge de la inspección sobre la actividad sanitaria. Los médicos dejaríamos de tratar los pacientes con base en nuestro juicio clínico para limitarnos a seguir protocolos y guías de práctica clínica, al mismo tiempo que nos veríamos forzados a rendir cuentas de nuestras decisiones, especialmente si estas se apartaban de las directrices fijadas. Avanzó que nuestra actuación siempre sería comparada con la de nuestros compañeros.

Estas predicciones han sido especialmente ciertas en el ámbito de la atención primaria de salud, fundamentalmente con la llegada de los sistemas de historia clínica electrónica que permiten monitorizar cada una de las actuaciones sanitarias que realizamos. Esta posibilidad de realizar un control exhaustivo ha propiciado la generalización de los sistemas de pago por desempeño, por objetivos o por resultado. Unos instrumentos que han limitado todavía más la capacidad de aplicar el juicio clínico personal o de ajustar la decisión a las circunstancias y deseos específicos de cada paciente.

Este esquema que condiciona la retribución del médico de familia y de la enfermera de atención primaria a la consecución de un conjunto de indicadores que pretende evaluar si la práctica clínica se adecua a la mejor evidencia disponible, se popularizó a principios de este siglo. Destacan el proyecto del «*Quality and Outcomes Framework*» del Reino Unido y el de las DPO (Dirección Por Objetivos) catalanas en el estado español. Una gran parte de la retribución del personal médico y de enfermería del Institut Català de la Salut está vinculada a la consecución de estos objetivos. Curiosamente, el sector concertado catalán, que presume de gestión empresarial, sólo lo aplica parcialmente, ya que ha convertido en fijas el 75% de estas retribuciones variables.

Los defensores del modelo de incentivación por resultados argumentan que la práctica clínica está más ordenada y ajustada a la evidencia científica, mientras que los detractores critican que olvida el abordaje holístico de la atención al paciente, especialmente del pluripatológico y que favorece más la picaresca que la mejora continua de la actuación sanitaria. En anteriores editoriales se valoraron las limitaciones de estos programas de retribución variable ligada a resultados de salud¹.

A pesar de su amplia implantación, el modelo ha sido poco evaluado. Una reciente revisión sistemática muestra que, en el Reino Unido, los logros de esta política se limitan a una leve ralentización del aumento de visitas a urgencias hospitalarias y del número de ingresos por enfermedades mentales severas y de modestas mejoras en el cuidado de los pacientes con diabetes mellitus. Sin embargo, no encuentra efectos positivos sobre la mortalidad ni una mejora en la integración de servicios, el abordaje holístico de la atención clínica, el autocuidado o la experiencia del paciente². Se ha comprobado que, a largo plazo, para los profesionales tiene más efecto motivador la reputación que origina conseguir un buen resultado que la incentivación económica que reciben por conseguirlo³. Un estudio que analiza los efectos que tendría detener el proyecto y retornar los incentivos económicos al «*National Health Service*», concluye que mantenerlo no es coste/efectivo y recomienda que se apliquen nuevas estrategias⁴. Por todos estos motivos el Reino Unido ha decidido abandonarlo.

Escocia ya lo ha suprimido y utiliza los incentivos económicos para animar a los médicos de familia a participar en actividades de mejora continua que desarrollan entre pares, el «*Royal College of General Practitioners*» propone cambiarlo por incentivos que favorezcan el abordaje holístico del paciente, mientras que el colegio de médicos británico, la «*British Medical Association*», más conservadora,

aconseja mantenerlo para que no exista una gran disrupción en los ingresos económicos de los profesionales⁵.

Inevitablemente este debate llegará a nuestro país, a pesar de que ahora la cúpula de los servicios públicos de salud parece entusiasmada con el esquema de incentiva-ción por objetivos. Seguramente esta fascinación proviene de la falta de evaluación. Inevitablemente, con el tiempo también concluiremos que no es efectivo y mucho menos coste/efectivo y decidiremos cambiarlo, tanto por imitación al mundo anglosajón como por aceptar que sus evaluacio-nes nos son aplicables. Surgirá inmediatamente el temor a las consecuencias negativas de su supresión, tanto sobre los indicadores asistenciales como sobre la salud de los ciuda-danos y especialmente sobre el presupuesto. Los gestores temerán especialmente que se produzca un repunte de los costes de farmacia. Sin embargo, es lógico suponer que, si su introducción ha tenido un efecto limitado, lo mismo sucederá con su supresión.

En este sentido, la pandemia aporta una buena oportu-nidad para el cambio. La necesaria priorización de la atención a los pacientes con COVID-19 y sus contactos ha desplazado las actividades que veníamos realizando para el control de los pacientes crónicos. Por este motivo, actual-mente los indicadores de evaluación de estos procesos están peor que nunca. Cuando reanudem los tradicionales segui-mientos de las patologías crónicas, después de la vacunación poblacional frente al COVID-19 tendremos la posibilidad de implementar unas nuevas políticas de calidad y seguridad que supongan un avance sobre lo que hacíamos anterior-mente.

La nueva propuesta ha de permitir mejorar sin volver a las injustas retribuciones lineales. Debemos aprovechar la retri-bución variable para favorecer que se desarrollen nuevas actividades vinculadas a la mejora de la calidad del servicio desde una perspectiva más propia de la atención primaria. Los nuevos esquemas de mejora de la calidad no pueden seguir centrados exclusivamente en la implementación de la evidencia científica sino que también han de considerar la mejora de la experiencia del paciente, y el abordaje holís-tico y comunitario de la atención primaria de salud. Todo ello sin dismantelar el cuadro de mando que actualmente nos ofrece el análisis detallado de los datos registrados en las historias clínicas electrónicas.

Por ejemplo, podemos imitar las experiencias escocesas y galesas basadas en la creación de círculos de calidad. Ellos utilizan los incentivos económicos para que los profesiona-les puedan salir de sus consultas y desarrollar actividades locales de mejora de calidad en grupos de 10 a 15 equi-pos asistenciales, sin que necesariamente estén basadas en aplicar incentivos económicos ligados a indicadores. Noso-tros tenemos una amplia experiencia de trabajo conjunto de todos los equipos de un mismo territorio. Una financia-ción adicional haría todavía más productiva esta actividad

que nos es propia. Sólo falta superar el espíritu centralista y controlador de la administración sanitaria para que acepte que se fijen objetivos y programas a nivel local, adecuados a las necesidades específicas de cada territorio.

Pero no debemos seguir copiando exactamente lo que hacen otros países. Al contrario, tenemos que utilizar nues-tra capacidad innovadora y creativa para aprovechar la evidencia disponible para desarrollar proyectos propios. Los incentivos que ya estamos utilizando pueden ser más efectivos si se administran a nivel local para favorecer la implantación de nuevas actividades orientadas a mejorar la calidad y la seguridad de la atención. No limitemos, sino que favorezcamos la capacidad de auto-organización de los equipos y los territorios.

La mejora de la calidad y la seguridad de la atención se consiguen mediante la aplicación de múltiples estrategias y manteniéndolas en el tiempo. En nuestro ámbito, los clíni-cos tienen mucha más estabilidad que los gestores y conocen muchísimo mejor los problemas de calidad y seguridad de la atención a la población que cubren a diario. Son ellos los que deben liderar las nuevas iniciativas de mejora, adaptándolas a las necesidades específicas de su población y aprovechando los recursos retributivos que se utilizan para premiar a los que han clicado mejor las casillas de sus registros clínicos. Por el bien de los pacientes dejemos de considerar a los clíni-cos como simples obreros de la cadena de montaje diseñada por los servicios centrales y facilitemos que sean los inge-nieros que diseñan, evalúan y mejoran sus propios procesos asistenciales.

Bibliografía

1. Gené Badia J. Basta de «clicar» casillas. *Aten Primaria*. 2007;39:169-70.
2. Forbes LJL, Marchand C, Doran T, Peckham S. The role of the Quality and Outcomes Framework in the care of long-term conditions: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2017, <https://doi.org/10.3399/bjgp17X693077>.
3. Allen T, Whittaker W, Kontopantelis E, Sutton M. Influence of financial and reputational incentives on primary care performance: a longitudinal study. *Br J Gen Pract*. 2018, <https://doi.org/10.3399/bjgp18X699797>.
4. Pandya A, Doran T, Zhu J, Walker S, Arntson E, Ryan AM. Modelling the cost-effectiveness of pay-for-performance in primary care in the UK. *BMC Medicine*. 2018;16:135, <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1126-3>.
5. Marshall M, Roland M. The future of the Quality and Outcomes Framework in England. *BMJ*. 2017;359:j4681, [10.1136/bmj.j4681](https://doi.org/10.1136/bmj.j4681).

Joan Gené-Badia

Revista Atención Primaria

Correo electrónico: joangenebadia@gmail.com