



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



AVANCES EN MEDICINA

Efecto de los incentivos económicos sobre los valores de la LDL-colesterol



Effect of financial incentives on LDL-cholesterol levels

M. Seguí Díaz^{a,b}

^a Medicina de Familia y Comunitaria, Unitat Bàsica de Salut Es Castell, Es Castell, Menorca, España

^b Miembro del Grupo de Diabetes de SEMERGEN, España

Asch DA, Troxel AB, Stewart WF, Sequist TD, Jones JB, Hirsch AG, et al. Effect of Financial Incentives to Physicians, Patients, or Both on Lipid Levels: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2015;314:1926-1935.

Fundamento: Existe cada vez más importancia, en la empresa sanitaria, acerca de la influencia de los incentivos económicos sobre los médicos y pacientes, si bien es cierto que su efectividad no está del todo establecida. El objetivo de este estudio es el de determinar si la utilización de incentivos económicos en los médicos o los pacientes, o compartidos entre ambos, son más efectivos que el control habitual en reducir los niveles de lipoproteínas de baja densidad (LDL-colesterol) entre pacientes con alto riesgo cardiovascular.

Método: Se trata de un ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado con 4 grupos, y una duración de 12 meses, realizado entre 2011-2014 en 3 áreas de atención primaria (AP) del noroeste del Estados Unidos (EE. UU.), y 340 médicos del primer nivel (MAP) de 421 elegibles. De 25.627 pacientes potencialmente elegibles por estos médicos, se seleccionaron a 1.503 en el estudio. Los pacientes tenían una edad entre 18-80 años junto con, o un riesgo cardiovascular a los 10 años según el Framingham Risk Score (FRS)

de $\geq 20\%$, un equivalente coronario con niveles de LDL-c de ≥ 120 mg/dl; o un FRS entre el 10-20% y con niveles de LDL-c de ≥ 140 mg/dl. Los investigadores estuvieron ciegos al grupo estudiado, pero los participantes no. Los MAP fueron aleatorizados a ser asignados a un grupo control, a incentivos a los MAP, a incentivos a los pacientes o a un grupo de incentivos compartidos entre los MAP y el paciente. A los MAP del grupo de incentivos económicos se les instó a recibir hasta 1.024 \$ por alcanzar los objetivos del LDL-c. Los pacientes del grupo de incentivos hasta la misma cantidad a través de la supervisión diaria sobre la adherencia a la medicación. Y, por último, un grupo donde los MAP y los pacientes compartieron los incentivos. Los médicos y pacientes del grupo control no recibieron ningún incentivo por alcanzar los objetivos, pero todos los pacientes recibieron hasta 355 \$ por su participación en el estudio. El objetivo primario fueron los cambios en la LDL-c a los 12 meses.

Resultados: Los pacientes del grupo de incentivos económicos compartidos entre los MAP/paciente alcanzaron una media de reducción del LDL-c de 33,6 mg/dl (IC 95%: 30,1-37,1; al inicio 160,1 mg/dl y a los 12 meses 126,4 mg/dl). El grupo de incentivos exclusivamente a los médicos tuvo una reducción del LDL-c de 27,9 mg/dl (IC 95%: 24,9-31,0; al inicio 159,9 mg/dl y a los 12 meses 132,0 mg/dl), y el de exclusiva a los pacientes de 25,1 mg/dl (IC 95%: 21,6-28,5; al inicio 160,6 mg/dl y a los 12 meses 135,5 mg/dl); al tiempo que el grupo control o, sin incentivos 25,1 mg/dl (IC 95%: 21,7-28,5; al inicio 161,5 mg/dl y a los 12 meses 136,4 mg/dl; $p < 0,001$ en la comparación de los 4 grupos). Según este estudio solo el grupo de incentivos compartidos entre los

Correo electrónico: mseguid5@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.12.008>

1138-3593/© 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

MAP/paciente alcanzó reducciones de la LDL-c estadísticamente distintas a aquellos alcanzados por los otros grupos (8,5 mg/dl; IC 95%: 3,8-13,3; $p=0,002$).

Conclusiones: En el primer nivel asistencial, la incentivación económica compartida entre los MAP y los pacientes, pero no solo a los MAP; se asocia con una reducción modesta pero significativa de los niveles de LDL-c en los 12 meses siguientes. Hacen falta más estudios para poder afirmar que esta asociación es realmente eficaz.

Discusión

Dentro de los Programas de Mejora en la Atención a nuestros pacientes, al margen de la medición de los indicadores de proceso, de resultado (intermedios y finales), y el *feed back* generado por estos en los médicos, lo más sobresaliente es el grado de motivación alcanzado en los profesionales. Dentro de la motivación del sanitario existen una inherente o intrínseca al buen hacer de este, que tiene que ver con la ética, el altruismo, la vocación (motivaciones trascendentes) y otros que tienen que ver con los incentivos económicos o de otro tipo (días libres, ...) que el sanitario percibe. Como se ve en este estudio la motivación trascendente puede incluso anular o superar a los incentivos *ad hoc* por el cumplimiento del programa. Y es que en los incentivos económicos aplicados al médico, la relación médico-paciente, y otros componentes de nuestra profesión, la hacen diferente a otro tipo de actividades económicas^{1,2}.

Trabajos transversales en nuestro propio país han mostrado como el cumplimiento de los indicadores de proceso en el paciente con diabetes tipo 2 (DM2), como la exploración de los pies, la HbA1c, el perfil lipídico, ... tendría una asociación con la percepción o no de incentivos ($p=0,001$)³. Sin embargo, el tema de la incentivación por objetivos de resultados, o largo plazo, tal es el caso de la LDL-c, no está tan claro. Un estudio realizado en AP en EE. UU. (Kaiser Permanente, Norte de California, EE. UU.)⁴ aplicando incentivos a partir del 2004 en procesos crónicos como la DM2, la prescripción farmacéutica, y en la práctica de habilidades como el cribado de cáncer de cérvix, ofrece resultados clarificadores. Se concluye en dicho artículo que la aplicación de estos incentivos crónicamente tendría un fenómeno de tolerancia, un techo que limitaría sus efectos con el tiempo, al tiempo que su retirada no iría seguido de cambios sustanciales en los indicadores cribados. Y es que existen una gran dificultad de evitar el sesgo que produce la motivación intrínseca de aquella extrínseca (incentivos económicos) cuando esta desaparece para que no se resientan los objetivos planteados. Se analizan 4 indicadores como son el cribado de cáncer de cérvix, el de HTA, el control metabólico (HbA1c < 8%) y el cribado de retinopatía diabética (RD). Se incentiva a unos, y se retira la incentivación a otros. Así cuando se incentivó el buen control de la HTA el porcentaje de pacientes con HTA con la presión arterial sistólica (PAS) por debajo de 140 mmHg fue del 58,3 en 2002 al 78,2%

en el 2007. En el caso del control metabólico al que se le había retirado la incentivación entre 1999-2000, el indicador subió del 44,2-46,8%, tras la reintroducción del mismo, sin embargo, continuó mejorando sin ella hasta alcanzar el 69,8% en el 2007. En el mismo estudio entre 1999-2003 se incentivó el cribado de RD encaminándose este indicador del 84,9-88,1%, que al retirarse durante 4 años bajó al 80,5%. La incentivación del cribado del cáncer de cérvix (1999-2000) elevó los indicadores del 77,4-78%, al retirarse los mismos bajó al 74,3%, y volviendo a incrementarse tras la incentivación. Según este trabajo, la suspensión de los incentivos se relaciona un pequeño descenso en la actividad incentivada (queda la motivación intrínseca y la inercia terapéutica), pero por el contrario al incentivar económicamente un indicador existe un mayor impulso. En este caso, es distinto, pues se estudiaron 4 grupos, valorando si los incentivos económicos a los MAP, a los pacientes o los incentivos compartidos entre los MAP/pacientes son más o menos efectivos en la reducción de los niveles de LDL-c en pacientes con alto riesgo cardiovascular, frente a la práctica habitual no incentivada. Según esto, la incentivación económica en AP compartida entre los MAP/pacientes, se asociaría con una reducción significativa de los niveles de LDL-c en los 12 meses siguientes, de 33,6 mg/dl. Con todo, la reducción de la LDL-c del grupo control (incentivación intrínseca) fue 25,1 mg/dl ($p<0,001$), frente a 27,9 mg/dl en el grupo de los incentivos médicos (diferencia ridícula) o una parecida reducción en la incentivación a los pacientes, una reducción de 25,1 mg/dl. La no incentivación llegó a parecidos resultados que la incentivación económica a los médicos o a los pacientes; y la incentivación a ambos, aún siendo significativa, fue escasa. Está claro que los médicos y pacientes tiene una misma motivación intrínseca en este aspecto, lo que haría que la incentivación económica tuviera escaso efecto.

Bibliografía

1. Simón Miñana J, Chinchilla Albiol N. Motivación y médicos de familia (I). *Aten Primaria*. 2001;28:484-90.
2. Seguí Díaz M, Torres Baile JL, Díez Espino J. Objetivos de la mejora continuada en el diabético Estándares e indicadores. En: Seguí Díaz M, editor. *La mejora asistencial del diabético. La calidad asistencial y los programas de mejora en diabetes*. Sociedad Española de Diabetes (SED); 2009. p. 37-63.
3. Pascual de la Pisa B, Márquez Calzada C, Cuberos Sánchez C, Cruces Jiménez JM, Fernández Gamaza M, Martínez Martínez MI; en representación de los investigadores del estudio DESI-DIAB 1. [Compliance with process indicators in people with type 2 diabetes and linking incentives in Primary Care.] [Article in Spanish], *Aten Primaria*. 2014; pii: S0212-6567(14)00179-6. doi: 10.1016/j.aprim.2014.05.004. [Epub ahead of print].
4. Lester H, Schmittiel J, Selby J, Fireman B, Campbell S, Lee J, et al. The impact of removing financial incentives from clinical quality indicators: longitudinal analysis of four Kaiser Permanente indicators. *BMJ*. 2010;340:c1898.