

Pago por el desempeño clínico que interesa

Grossbart S.

What's the return? Assessing the effect of 'pay for performance' initiatives on the quality of care delivery. Medical Care Research and Review. 2006; 63(1):29S-48S.

Objetivo

Establecer si el pago por desempeño aumenta la calidad de la atención prestada más allá de las mejoras que puedan aportar otros cambios en el entorno hospitalario estadounidense como el creciente escrutinio por parte de los pacientes, la publicación de resultados o los sistemas más rigurosos de supervisión y acreditación.

Métodos

Comparación entre 4 hospitales de agudos con otros 6 de la misma organización no lucrativa (*Catholic Healthcare Partners*) para establecer si se producían diferencias en la mejora de la calidad en la atención a tres grupos de pacientes: infartos de corazón, insuficientes cardíacos y diagnosticados de neumonía. El grupo intervención, 4 hospitales, era muy similar al grupo control de 6. Difería principalmente en que el cuarteto formaba parte de un grupo "demostración" –de 278 hospitales de Estados Unidos– que en octubre del 2003 se ofrecieron voluntariamente para participar en un proyecto de tres años de duración que premia a quienes mejor desempeño presentan: un 2% adicional sobre facturación para los hospitales con indicadores de calidad en el primer decil, un 1% adicional para los del segundo decil y entrada en el cuadro público de honor para todos los hospitales por encima de la mediana.

La calidad se mide en cada uno de los diez hospitales –para IAM, Insuficiencia Cardíaca y Neumonía– como el cociente entre el número

de veces que se suministró una atención basada en la evidencia en relación al total de ocasiones en que esas atenciones estaban indicadas para cada paciente (tipo aspirina al ingreso y al alta de IAM).

Resultados

El grupo intervención, con incentivos financieros adicionales, consiguió un indicador de calidad del 89,7%, ciertamente elevado, mejor que el 85,6% del grupo control, lo que no impide que éste figure entre los hospitales de mayor calidad de EE.UU., algo por debajo de los cuatro hospitales del grupo intervención en quienes la incorporación a la demostración competitiva les llevó a acelerar su ritmo de mejora para situarse con gran probabilidad en esas dos primeras decilas que conseguirán tanto el incentivo del 2% o el 1% sobre facturación como reconocimiento público y publicidad favorable.

Conclusiones

Incentivar financieramente la calidad atrae a Consejos de Administración y directivos y acelera el rediseño y mejora de los procesos clínicos.

Financiación: No consta.

Conflicto de interés: El autor es vice-presidente responsable de calidad de Catholic Healthcare Partners pero establece la comparación entre hospitales de su grupo.

Dirección para correspondencia: srgrossbart@health-partners.org

COMENTARIO

El trabajo puede tener sus fallos (los hospitales del grupo control no forzosamente serán comparables pues, de entrada, no optaron a la "competición" nacional) pero machaca un poco sobre algo de lo que se sabe mucho pero todavía se aplica poco. Se sabe mucho acerca de que los incentivos financieros funcionan... demasiado, lo cual puede estimular la selección de pacientes o centrarse estrictamente en aquello por lo que se paga. Se aplica poco todavía la obviedad de que pagar por resultados en salud resulta más aconsejable que pagar por actividad (contraproducente incluso con enfermos crónicos) y que ésta resulta más sensata que pagar por ser vos quien sois.

Dado que en resultados cuesta incluso disponer de medidas de "producto intermedio", tipo hemoglobina glicosilada, parece sensato acudir a medidas de calidad en proceso, plenamente arraigadas en la cultura clínica, y superiores a muchas alternativas al uso a la hora de premiar la mejor práctica clínica y estimular un rediseño organizativo que, de verdad, se centre en los pacientes.

No se trata de caer en la simpleza de que los incentivos financieros son los únicos relevantes; al fin y al cabo éstos forman parte de unos incentivos individuales (promoción, prestigio, estabilidad, satisfacción) que la motivación intrínseca moviliza siempre que un segundo nivel de incentivos –los organizativos– lo permita (cuenta

ajena inamovible e inmortal, cuenta ajena impugnable, cuenta propia...) y el tercer nivel superior –el social– los estimule: regulaciones correctas, relaciones con la industria transparentes, reglas de juego sanitario que hagan clínicamente atractivo lo que es sanitariamente conveniente.

En la España post-mayor-OPE de la historia, sin competencia por comparación, mucha garantía de inmortalidad y todavía escaso apoyo informático a los procesos clínicos, existe, no obstante, madurez suficiente para ensayar un pago por desempeño, especialmente en aquellos centros que han podido preservar una mínima autonomía.

La necesaria introducción de medidas de resultado y de calidad clínica contribuirá a reducir la brecha entre eficacia y efectividad y a obtener una base de evaluación del comportamiento sobre la que incentivar la calidad de los proveedores y la elección informada de los usuarios. El pago por desempeño –*pay for performance* o P4P– no requiere además recursos adicionales: un 5% puede ser detráido a priori de la bolsa presupuestaria para ser repartido a posteriori entre los mejores.

Vicente Ortún Rubio
CRES, Centro de Investigación en Economía y Salud
Universidad Pompeu Fabra, Barcelona