

## **El mejor uso del conocimiento en clínica, gestión e investigación. Ciencia, Gestión e Investigación**

Mesa de Gestión: "La obtención y el uso del conocimiento preciso para tomar decisiones respecto a los incentivos (individuales y grupales) de los profesionales sanitarios"

**1.- TESIS:** la informática como herramienta de gestión es clave en la mejor organización de los servicios sanitarios y en la mejor gestión del conocimiento; estudiamos su utilización como ayuda en la obtención de los datos necesarios para tomar decisiones sobre el reparto de incentivos a los equipos del Área.

Presentamos una serie de avances informáticos, desarrollados en el Área 6 de Atención Primaria, que representan ventajas para los profesionales, los gestores y los usuarios del sistema sanitario, así como para la coordinación entre niveles.

El Área 6 de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid se caracteriza una gran dispersión geográfica (50 centros sanitarios) proporcionando cobertura sanitaria a una población que se aproxima a los 700.000 habitantes. Es pues un Área con gran crecimiento demográfico (4% anual) e importante dispersión (abarca el distrito de Moncloa-Aravaca en Madrid y 30 municipios del noroeste de la Comunidad), influenciada enormemente por características estacionales (segundas residencias, población flotante), con numerosas residencias de ancianos, y una importante población inmigrante (18%). En el Área trabajan más de mil doscientas personas (400 médicos, 300 enfermeras y más de 200 auxiliares administrativos en los EAP, además de otros 300 profesionales en las Unidades de Apoyo y en la Gerencia).

En este contexto geográfico, la informatización es una necesidad (dispersión y elevado número de trabajadores) y una de las herramientas clave, tanto para la asistencia como la comunicación (gerencia sin papeles) y la gestión. Aparte de la historia clínica electrónica y del proyecto futuro de la receta electrónica, contamos desde hace algunos años con la existencia de un potente portal informático, con una gran acogida y una masiva utilización por parte de todos los trabajadores.

El portal del Área 6, Intranet corporativa basada en tecnología web, comunica todos nuestros centros y contiene información relevante, inmediata y accesible para todos los trabajadores del Área. En este portal, que cumple todos los requisitos de seguridad y acceso protegido, se presentan noticias y comunicaciones, se informa de incidencias y alertas, convocatorias, actas y presentaciones; presenta diversos links y enlaces directos y sirve como tablón de anuncios

(resoluciones, OPES...). En él se pueden encontrar los servicios clásicos de información (farmacia, cartera, población, objetivos del Contrato de Gestión) así como protocolos clínicos y no clínicos, callejero sanitario y documentación variada, sirviendo igualmente como mensajería interna individual y de grupos (equipos directivos de los centros).

Recientemente se han incorporado foros de discusión (informática, comité de bioética...), así como un Espacio de Seguridad del Paciente, con un registro incidentes utilizados por la Unidad Funcional de Riesgos del Área.

Seguimos trabajando en otros campos, como por ejemplo el Proyecto MIRA (sobre resultados intermedios en salud) y en un Cuadro de Mando Integral (con indicadores de seguimiento y evolución temporal) accesible por escalones según niveles de responsabilidad. Es en este último proyecto donde se contempla la presentación de los objetivos de los Contratos de Gestión de los Equipos, con los indicadores a evaluar y su seguimiento periódico.

Las ventajas de este sistema de información/comunicación son múltiples, tanto para los profesionales (clínica e investigación, protocolos, MIRA, OMI-Lab, ensayos clínicos...), como para la gestión (objetivos del contrato de gestión, TSI, seguimiento de agendas, incentivos...)

**2.- ARGUMENTOS:** utilización de la informática en un Área de Salud para la obtención y seguimiento de indicadores en el contrato de gestión (y en los incentivos anuales)...

### **2.1.- Datos generales sobre incentivación (aspecto filosófico)**

Repartimos incentivos porque hay una partida presupuestaria reservada que no podemos desviar a otros capítulos (en nuestra organización estamos obligados a utilizar cada partida para lo que previamente se presupuesta si no queremos perderla). Podemos afirmar, pues, que pagamos incentivos porque existe una decisión política que permite un presupuesto destinado a tal fin.

Una vez explicada la existencia de un dinero para incentivar o motivar a los trabajadores, debemos buscar la mejor manera para repartirlo y para que ese beneficio redunde tanto en los trabajadores como en la población. No es fácil, sin embargo, encontrar la mejor manera de repartir los incentivos con criterios éticos centrados en el paciente, es decir, aportando una visión global de los distintos componentes de la Atención Primaria, centrados en los resultados finales sobre la salud y la satisfacción de los usuarios.

El reparto debe acompañarse de unos criterios que premien el buen hacer en diferentes aspectos y que diferencie de alguna manera, aquellos que cumplen los objetivos previamente pactados. Por ello es importante resaltar que los incentivos no deben ser una paga lineal pues no justifican el trabajo diario (contemplado en el sueldo) si no que se ajustan al cumplimiento de unos determinados objetivos (un valor añadido al trabajo habitual).

La informatización permite obtener datos de la manera más sencilla posible. Se trata de trabajar con criterios de calidad y que la máquina sea capaz de obtener los datos precisos sin que los profesionales tengan que entretenerse rellenando fichas o protocolos. Es importante definir los indicadores y los datos necesarios, evitando caer en la acumulación de cifras sin sentido, que no aportan ninguna información.

Al pagar el incentivo, es importante considerar muy bien los indicadores elegidos, sabiendo qué actividad se quiere hacer más atractiva o qué metas se pretenden alcanzar. Es fundamental tener en cuenta que en algún momento habrá que proceder a la medición del objetivo elegido, pues un objetivo que no se puede medir no debe considerarse como tal (el mismo razonamiento se aplica a objetivos inalcanzables).

Para poder cumplir su función, el incentivo debe ser poderoso. En nuestro caso, el incentivo alcanza como máximo una mensualidad extra (no llegando ni al 5% del sueldo bruto anual). Se trata de una cifra baja para motivar pero cuyas diferencias crean importantes "agravios comparativos" entre compañeros. No conocemos la cuantía de un incentivo para cumplir su función ("ser incentivador") pero al menos debería suponer una cifra atractiva por la que mereciera la pena realizar un esfuerzo, quizá entre un 20 o 30% del salario anual pero seguro que por encima del 5% actual. Debe valorar el rendimiento individual y evitar su consolidación como paga extra o "trienio ilustrado" como ha ocurrido en otras circunstancias.

Los objetivos deben ser claros desde un principio, sabiendo qué actividad se pretende potenciar (premiar). Una vez que sabemos lo que queremos medir y para qué, existen diversas alternativas para alcanzar la meta propuesta ("*dime cómo me mides y te diré cómo me comporto*") y aquí aparece el lado oscuro o la perversión del incentivo: si se incentiva por prescripción, prescribo, si es por domicilios, hago domicilios y si es por evitar derivaciones, no derivo... Es difícil esquivar esta cara perversa, donde uno se limita a hacer aquello por lo que le van a pagar, pero no debería ser el obstáculo que impidiera poner en marcha un mecanismo de valoración del desempeño profesional que midiera aspectos clave que se quieran potenciar. Un ejemplo al respecto sería la valoración de la actividad

en las Unidades Administrativas, donde se incentivaba el hecho de la citación; en alguna ocasión se detectó una falta de atención al público, dedicándose el personal a las actividades de cita y des-cita (una actividad más valorada), ¡ganando más puntos en el cómputo anual!

Es cierto que la elección de los indicadores plantea problemas importantes, no es fácil elegir los indicadores a controlar y dependerá, evidentemente, de lo que queramos conseguir. Tampoco se conoce mucho acerca de la influencia de los objetivos medidos (cualesquiera que sean) en la mejora de la salud de la población; la medición y evaluación de resultados en salud resultan muy complejos y superan el planteamiento de este trabajo.

## **2.2.- Datos específicos para el reparto de incentivos en el Área (aspecto práctico)**

Disponemos de un dinero extra y de unos profesionales encantados de recibir un plus económico. En este contexto debemos ser capaces de organizar el reparto en función de la categoría profesional y del cumplimiento de objetivos (sin pararnos a pensar, llegados a este punto, si son los mejores objetivos que se deben premiar).

La estrategia, definida por la Organización, se articula en tres pasos claramente marcados: 1) la asignación a cada Área Sanitaria en función del grado de cumplimiento sobre el compromiso adquirido (esta partida se reparte al completo con lo que las mejores Áreas pueden percibir más del 100% que su tope), 2) el reparto a cada uno de los equipos del Área (según el resultado del cumplimiento global de los objetivos del equipo y/o de la suma de los incentivos individuales de cada uno de los componentes del equipo), y 3) el reparto individual dentro del equipo, de la bolsa global recibida en el equipo.

En estos tres pasos intervienen las Direcciones Generales, que liberan la parte de cada Área según su cumplimiento (Paso 1), los equipos directivos de las Gerencias, los componentes de las secciones sindicales de los sindicatos representativos, y las comisiones organizadas en el Área para acuerdo y seguimiento del reparto (Pasos 2 y 3).

Tradicionalmente las "Bolsas descentralizadas" llegan a cada Área en función del cumplimiento global del Área contemplando el cumplimiento de Cartera (40%), el ajuste presupuestario fundamentalmente en relación al gasto en el capítulo de suplencias y farmacia (30%), el cumplimiento de objetivos de calidad de los indicadores farmacéuticos (20% correspondiente al porcentaje de genéricos) y la encuesta de satisfacción a los ciudadanos, realizada

por la Dirección General y con representatividad de Área (10%). Estos criterios han variando ligeramente con los años.

Una vez que el dinero llega al Área, se reparte por equipos según unos criterios que reproducen, en lo posible, los utilizados en el Paso 1 (cartera, farmacia, presupuesto, domicilios enfermería, contrato de gestión) y según el número de profesionales por cada categoría.

La Cartera de Servicios es un objetivo común en que se mide el cumplimiento de coberturas y de calidad asistencial mediante sentencias SQL aplicadas directamente sobre la base informática, lo cual queda reflejado en el índice sintético de cada equipo. La cartera pesa un 25% sobre el total de los incentivos.

Los criterios de calidad en la prescripción farmacéutica se miden en el área según el gasto evitable de cada prescriptor, alcanzando hasta un 25% en el caso de los médicos. El reparto de este indicador se realiza de manera individual para no penar a buenos prescriptores en equipos "mediocres" y viceversa. Incluyen indicadores como el porcentaje de genéricos pero también la utilización de fármacos de elección (antiinflamatorios, antibióticos, IECAs) o la adecuada selección de novedades terapéuticas.

Otro 25% se reparte en función del ajuste al presupuesto (suplentes y farmacia) aunque cada año varía en función de las necesidades estratégicas. En estos momentos en que apenas hay suplentes sanitarios y los equipos se organizan para repartir el trabajo, no tiene sentido el ajuste en suplencias.

Por fin el último 25% está ligado al Contrato de Gestión pactado con cada uno de los equipos. En ese contrato se contemplan numerosos indicadores medidos y seguidos desde el Área. Se pretende organizar y coordinar las actividades de los equipos (desde sesiones, docencia, publicaciones, avisos domiciliarios, actividad asistencial, contestación de reclamaciones, actividades de EPS, participación en Mesas de Salud Escolar...) premiando la realización de actividades priorizadas.

Dentro del Equipo, la bolsa obtenida por el cumplimiento de sus compromisos se reparte por categorías, existiendo unas horquillas previamente definidas. Cada profesional recibe una parte individualizada de los incentivos, fundamentalmente en los componentes de Cartera y de Gasto Evitable en Farmacia, domicilios crónicos de enfermería, actividad administrativa en el mostrador, marcando diferencias según la actividad de los diversos componentes del equipo.

Especial relevancia supone el desconocimiento del impacto real de los incentivos sobre la salud de la población. Los criterios de buena

atención de la nueva Cartera de Servicios y el proyecto MIRA, podrían apuntar en esta dirección pero los resultados son todavía muy preliminares. Se ha incluido el inicio del proyecto MIRA en los diferentes equipos como compromiso en el Contrato de Gestión anual, junto otros indicadores. Sin embargo, las variables contempladas, monitorizando indicadores clínicos tales como utilización adecuada de fármacos (antiinflamatorios de elección en anciano, IECA en insuficiencia cardiaca, antibióticos de elección), control y seguimiento de patologías, actividades preventivas... no se tienen en cuenta en la consecución de incentivos, tal y como recomienda la literatura al respecto.

La valoración de diferentes objetivos depende del grado de complejidad para alcanzarlo y se ajusta a diferentes curvas según el comportamiento previsto (actividades de nueva creación donde se prima su puesta en funcionamiento, o actividades clásicas donde conseguir un mínimo incremento supone un considerable esfuerzo). Ejemplo a este respecto podría considerarse la puesta en funcionamiento del protocolo de anticoagulación, o el incremento en las coberturas de cartera, respectivamente.

¿Por qué no pagar por otras actividades pactadas entre gerencias y profesionales? Se podría contemplar el pago de incentivos por la realización de nuevas actividades, por prestaciones alternativas o complementarias, por la atención fuera de horario (uso de Internet con los pacientes, consulta en diferentes horarios), actividades preventivas, cirugía menor, atención a inmigrantes, utilización de idiomas... Sería sin duda una propuesta interesante, acogida con ganas por muchos profesionales, teniendo en cuenta las necesidades de la población y los esfuerzos necesarios para aproximarnos a las nuevas realidades.

**3.- CONCLUSIONES:** la informática ayuda en el trabajo clínico diario, mejora la comunicación entre y con los profesionales, permite la obtención de datos objetivos y de indicadores, ajusta el seguimiento anual y ayuda al reparto proporcional de incentivos en función del grado de cumplimiento de los indicadores monitorizados.

Las decisiones en base a las cuales incentivar un determinado servicio o actividad precisan de un trabajo previo de estudio, consenso y reflexión. No creemos que exista una manera idónea de repartir incentivos ni una manera universal de elegir los objetivos a monitorizar. La incentivación supone un estímulo para hacer algo más (pues el sueldo se cobra todos los meses) por la consecución de unos determinados resultados en unos servicios o actividades concretas.

La informática, con el acceso a información relevante, permite obtener los datos necesarios de manera directa, sin interferir con el

trabajo clínico y sin necesidad de hacer un seguimiento o un protocolo específico. También permite calcular el reparto a cada profesional según el grado de cumplimiento de los indicadores medidos.

No conocemos el impacto real de los incentivos en la población aunque intentamos avanzar hacia ello (proyecto MIRA) por lo que debemos ser cautos y transparentes en su reparto. Siempre deben estar centrados en la atención en el paciente, teniendo en cuenta las implicaciones éticas en relación con los objetivos por los que se paga.

Sería necesario contar con un sistema común de incentivación para toda la Organización, midiendo objetivos estratégicos comunes. Entre los posibles retos futuros, se trabaja en una nueva versión de historia clínica electrónica común, en red y utilizable desde diversos ámbitos de la asistencia (primaria, especializada, urgencias...), en la creación y puesta en funcionamiento de la receta electrónica, en la mejora de la accesibilidad telefónica (uno de los talones de Aquiles del sistema) y en otras posibles alternativas (citación por sistemas de voz, utilización de Internet...), que sin duda, harán cambiar a corto plazo las bases del reparto.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Gérvas J, Pérez Fernández M. La historia clínica electrónica en atención primaria. Fundamento clínico, teórico y práctico. SEMERGEN. 2000; 26:17-32

Martín-Moreno V, Cecilia-Cermeño P, Baos Vicente V, Ezquerro-Gadea J. Incentivos para médicos de familia de atención primaria. Razones para el cambio y propuestas de un nuevo modelo. Rev Adm Sanit. 2006; 4 (1): 119-153

Gérvas J, Ortún V, Palomo L, Ripoll MA. Incentivos en Atención Primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. Rev Esp Salud Pública 2007; 81: 589-596

Snyder L, Neubauer RL. Pay-for-performance principles that promote patient-centered care: an ethics manifesto. Ann Intern Med 2007; 147:792-794

Lester H, Roland M. Future of quality measurement. BMJ 2007; 335: 1130-1131

Tamborero Cao G, Campillo Artero C. La ética de los incentivos. Aten Primaria. 2008; 40(4):165-6

McColl A, Roderick P, Gabbay J, Smith H, Moore M. Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach. *BMJ* 1998; 317: 1354-1360.

Indicators of Quality Prescribing in Australian General Practice. National Prescribing Service, 2006