



12 de abril de 2016

ACUERDOS DE GESTIÓN 2016

1. INTRODUCCIÓN.
2. ACUERDOS DE GESTIÓN 2016. DEPARTAMENTOS DE SALUD.
3. MODIFICACIONES INCORPORADAS TRAS LA CONSULTA PÚBLICA.
4. DOCUMENTO SIMAP-INTERSINDICAL SALUT SOBRE LOS ACUERDOS DE GESTIÓN 2016.

1. INTRODUCCIÓN.

Estimados amigos: como recordaréis, se efectuó una consulta pública online sobre los acuerdos de gestión para 2016, en la que el SIMAP participó activamente. Recogimos vuestras propuestas en un documento que registramos en la Conselleria de Sanitat, documento que ya conocéis por envío previo.

Participaron en la consulta pública 682 usuarios, de los cuales 237 aportaron mensajes, que fueron en total 729. SIMAP, como único usuario, remitió 21 mensajes.

Los indicadores definitivos, ya publicados en la página web de la Conselleria de Sanitat, fueron presentados a los gerentes de los departamentos de salud el martes 23 de febrero. Al revisarlos hemos observado que únicamente se ha tenido en cuenta una sola modificación de entre las que sugerimos (retirar los datos analíticos en la evaluación de la HTA), que en realidad era un defecto formal, y fue el indicador más visitado.

También se ha modificado el precio medio por morbilidad en vez de por receta, aunque no se ha atendido a la cuestión medular del indicador.

Tampoco se aprecia un cambio significativo en relación a los acuerdos de gestión de 2015, aunque la Consellera de Sanitat haya declarado que se han llevado a cabo modificaciones sustanciales. Sí que hay menos indicadores sobre datos de gasto sanitario, pero la filosofía general no se ha modificado.

En definitiva, no se han considerado las cuestiones generales que planteamos. Negábamos la mayor, es decir, argumentamos que una colección de indicadores no es la mejor manera de establecer unos incentivos para el personal sanitario que, aunque fáciles de medir, son difíciles de interpretar ya que están sometidos a variables que pueden desvirtuar la bondad de los datos y conducir al equívoco y, lo que es peor, al desánimo de parte del profesional que no recibe una valoración correcta a pesar de su esfuerzo. Os recomendamos leer nuestro documento para mayor abundancia de razones.

Seguiremos insistiendo ante la Conselleria sobre la necesidad de un plan global de incentivos profesionales en el que no sólo se establezcan unos indicadores sino objetivos consensuados en los distintos centros con acciones que sean válidas para mejorar la atención de los ciudadanos y no la búsqueda de datos correctos en resultados intermedios que pueden conducir a consecuencias inadecuadas y a cuestiones de ahorro (por ejemplo, reducción de la cobertura sustituciones) que, sin considerar los condicionantes concretos de cada caso, conduzcan a una mala asistencia o a cargas laborales inaceptables. Y también indicar a los gestores que no sólo valen los incentivos económicos. Hay otro tipo de incentivos (formación, modificaciones de la organización, etc.) que también pueden tenerse en cuenta.

Continuaremos en ello.

2. ACUERDOS DE GESTIÓN 2016. DEPARTAMENTOS DE SALUD.

http://www.san.gva.es/documents/151311/6339263/AG2016_resumen_acuerdos_gestion_2016_cas.pdf

ANEXO 1 ACUERDOS DE GESTIÓN 2016. DEPARTAMENTOS DE SALUD

GANAR EN SALUD		
OBJETIVO/INDICADOR	DESCRIPCIÓN BREVE	PLAN DE SALUD LÍNEA-OBJETIVOS
CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL	Proporción de personas con hipertensión arterial que presentan valores adecuados en los controles	1.1 2.1 2.2
CONTROL DEL COLESTEROL EN PACIENTES EN TRATAMIENTO	Proporción de personas en tratamiento continuo para el colesterol que presentan valores adecuados en los controles analíticos	1.1 2.1 2.2
CONTROL DE LA DIABETES TIPO II	Proporción de personas con diabetes tipo II que presentan valores adecuados en los controles analíticos	1.1 2.2 2.4
CÁLCULO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR	Proporción de personas con algún factor de riesgo (hipertensión, tabaco, diabetes...) en cuya historia clínica se ha registrado el cálculo de su riesgo	1.1 2.1 2.2
VISITAS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS Y PALIATIVOS	Consultas a domicilio a pacientes crónicos de alta complejidad o paliativos realizadas por los profesionales de enfermería de atención primaria	1.1 2.8 4.4
COBERTURA VACUNAL ANTIGRIPIAL	Proporción de personas mayores de 64 años vacunadas de la gripe	1.1 4.4
COBERTURA DEL CRIBADO UNIVERSAL DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO	Proporción de mujeres mayores de 14 años atendidas en atención primaria a las que se realiza el cribado de violencia de género	1.1 3.2
OPTIMIZAR LA UTILIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS	Proporción de los antibióticos prescritos para procesos respiratorios causados por una infección bacteriana, para evitar las resistencias	1.1 1.3
GESTIÓN ADECUADA DE ALERTAS POR RESISTENCIAS ANTIMICROBIANAS	Alertas por resistencias antimicrobianas identificadas y seguidas por los servicios de microbiología	1.1 1.2 1.4

REVISIÓN DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS	Revisión de pacientes crónicos con problemas relacionados con los medicamentos (PRM) según su morbilidad y riesgo clínico	1.1 2.8
OPTIMIZAR CESÁREAS EN GRUPOS DE BAJO RIESGO	Proporción de cesáreas realizadas en partos con bajo riesgo de cesárea	1.1 4.3
PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA INTERVENIDOS EN LAS PRIMERAS 48 HORAS	Proporción de pacientes con ingreso hospitalario por fractura de cadera intervenidos quirúrgicamente antes de 48 horas	1.1 4.4
PREVENIR HOSPITALIZACIONES POTENCIALMENTE EVITABLES	Proporción de pacientes ingresados a causa de enfermedades crónicas que requieren autocuidado y vigilancia ambulatoria principalmente en atención primaria	1.1 2.2 2.5
MINIMIZAR REINGRESOS A 30 DÍAS	Proporción de pacientes con reingreso hospitalario urgente por una causa relacionada con el primer ingreso, en los 30 días siguientes al alta	1.1 1.2
MINIMIZAR RETORNO A URGENCIAS A 72 HORAS	Proporción de pacientes que vuelven al servicio de urgencias en menos de 72 horas desde la primera atención	1.1 1.2
POTENCIAR LA NOTIFICACIÓN DE EFECTOS ADVERSOS	Notificación de efectos adversos y utilización de la información del sistema de registro por parte de los profesionales	1.1 1.4

MEJORAR LA ATENCIÓN PRESTADA

OBJETIVO/INDICADOR	DESCRIPCIÓN BREVE	PLAN DE SALUD LÍNEA-OBJETIVOS
CITA PARA PRIMERAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN MENOS DE 48 HORAS	Citas antes de 48 horas para primeras consultas de medicina familiar y pediatría solicitadas por los pacientes	1.2 3.4
MEJORAR LA INFORMACIÓN DISPONIBLE DEL NIVEL EDUCATIVO DE LA POBLACIÓN ATENDIDA	Proporción de pacientes cuyo nivel educativo se ha registrado en su historia de salud, con especial atención a mujeres embarazadas	1.2 1.4 3.1
OPTIMIZAR EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES GÁSTRICAS	Proporción de la utilización del omeprazol para el tratamiento de enfermedades gástricas en las que es el fármaco más coste- efectivo, seguro y con mayor experiencia de uso	1.2 1.3 3.4
MEJORAR LA ADECUACIÓN DE LA DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA	Proporción de interconsultas a consulta externa de hospital o centro de especialidades solicitadas por los médicos y pediatras de atención primaria, respecto al total de consultas que realizan	1.2 3.4
MINIMIZAR LA DEMORA EN LAS PRIMERAS CONSULTAS DE HOSPITAL Y CENTRO DE ESPECIALIDADES	Tiempo medio que deben esperar los pacientes para ser vistos en primera consulta de centro de especialidades o consulta externa hospitalaria	1.2 3.4
MINIMIZAR LA DEMORA EN LAS PRIMERAS CONSULTAS DE CARDIOLOGÍA	Tiempo medio que deben esperar los pacientes para una primera consulta de cardiología	1.2 2.2 3.4
MEJORAR LA ADECUACIÓN DE LAS DERIVACIONES DE ATENCIÓN PRIMARIA A SALUD MENTAL	Proporción de interconsultas solicitadas por los profesionales de atención primaria a las unidades de salud mental que son aceptadas	1.2 2.7 3.4
REDUCIR LA DEMORA EN LAS PRIMERAS CONSULTAS DE LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL	Tiempo medio que deben esperar los pacientes para ser atendidos en las unidades de salud mental (adultos y niños)	1.2 2.7 3.4
INCLUSIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL	Proporción de pacientes con trastorno mental grave que tienen un plan de atención integral completado en su historia de salud	1.2 2.7...2.8 3.4
REDUCIR EL TIEMPO ENTRE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN EL	Semanas transcurridas desde que se solicita la primera prueba para la confirmación diagnóstica hasta el inicio del	1.2 2.3

CRIBADO MAMOGRAFICO	tratamiento	2.9
ATENCIÓN EN URGENCIAS EN EL TIEMPO ADECUADO	Proporción de pacientes atendidos en urgencias hospitalarias en el tiempo adecuado	1.2 3.4
RENDIMIENTO DE LAS UNIDADES DE HOSPITAL A DOMICILIO	Altas de pacientes en hospitalización a domicilio respecto al número de médicos de las unidades	1.2.....1.3 2.8
POTENCIAR LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA	Proporción de intervenciones quirúrgicas de hernia inguinal unilateral que se han realizado de forma ambulatoria	1.2..... 1.3 3.4
CUMPLIMIENTO DE PLAZOS DE GARANTÍA EN DEMORA QUIRÚRGICA	Proporción de pacientes con solicitudes en lista de espera quirúrgica que superan los 180 días de demora en una fecha determinada	1.2 3.4
REDUCIR EL TIEMPO DE ESPERA EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	Tiempo medio que deben esperar los pacientes con solicitud en lista de espera quirúrgica en una fecha determinada	1.2 3.4
EXTENDER EL EMPLEO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA	Proporción de intervenciones quirúrgicas en las que se aplica una lista de verificación de seguridad quirúrgica estandarizada y completada	1.2 1.4
MINIMIZAR LA SUSPENSIÓN DE INTERVENCIONES	Proporción de intervenciones quirúrgicas suspendidas sobre el total de las programadas	1.2 3.4
MEJORAR LA GESTIÓN DE QUEJAS POR DEMORA Y TRATO	Quejas por demora en la asistencia o trato, percibidas por los ciudadanos	1.2 3.5
MEJORAR LA CALIDAD DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN POBLACIONAL	Acreditación y registro adecuado de las direcciones de los ciudadanos en el Sistema de Información Poblacional (SIP), evitando duplicidades	1.2 1.4

ASEGURAR LA CORRECTA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS (SOSTENIBILIDAD/EFICIENCIA)		
OBJETIVO/INDICADOR	DESCRIPCIÓN BREVE	PLAN DE SALUD LÍNEA-OBJETIVOS
UTILIZACIÓN ADECUADA DE LAS CONSULTAS EN ATENCIÓN PRIMARIA	Proporción de pacientes con factores de riesgo o cronicidad moderada que acuden a medicina y enfermería de atención primaria por encima del estándar (16 visitas / año)	1.3 3.4
ADECUAR EL CONSUMO DE FÁRMACOS	Ajuste entre el importe real de los fármacos recetados y el estándar estimado en función del estado de salud de los ciudadanos (Farmaindex)	1.3 3.4
PRECIO MEDIO POR RECETA	Precio medio por receta según morbilidad	1.3 1.2
SEGUIMIENTO ADECUADO DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL	Días de baja por incapacidad laboral temporal de los trabajadores en activo en la población	1.2 1.3
ADECUAR LA DURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL A LOS ESTÁNDARES	Proporción de procesos de incapacidad temporal cuya duración se ajusta a la prevista en el estándar	1.2 1.3
EFICIENCIA EN LA PRESCRIPCIÓN DE EXOPRÓTESIS	Evolución del gasto medio en exoprótesis (productos que se compran en las ortopedias), comparando con el coste del año anterior	1.3 3.4
RENDIMIENTO DE LOS BLOQUES QUIRÚRGICOS	Proporción de tiempo empleado respecto al tiempo de disponibilidad de los quirófanos	1.3 3.4
EFICIENCIA EN LA SELECCIÓN DE ENDOPRÓTESIS	Evolución del gasto medio en endoprótesis (productos que se implantan dentro del cuerpo), comparando con el coste del año anterior	1.3 3.4

EVOLUCIÓN DEL IMPORTE DE LAS ADQUISICIONES DE FARMACIA HOSPITALARIA	Evolución del gasto en compra de medicamentos en los hospitales, comparando con el coste del año anterior	1.3 3.4
EFICIENCIA EN LAS ADQUISICIONES DE FARMACIA HOSPITALARIA	Ahorro que consiguen los hospitales en la compra de medicamentos respecto al precio oficial	1.3 1.4 3.4
OPTIMIZAR EL USO DE LOS SERVICIOS Y RECURSOS SANITARIOS PROPIOS FRENTE A LOS EXTERNOS	Peso del gasto que supone la actividad externalizada (concertada y no concertada) sobre el total de gastos de personal (capítulo I) y gastos en bienes corrientes y servicios (capítulo II) del departamento	1.3 1.2 1.5 3.4
ADECUAR LA COBERTURA DEL INVENTARIO DE MATERIAL SANITARIO	Proporción del importe del consumo de material sanitario gestionado mediante pedidos de inventario respecto al importe del consumo total de material sanitario	1.3 1.4
ADECUAR LOS PRECIOS DE ADQUISICIÓN DE MATERIAL SANITARIO	Diferencia entre el importe real de los consumos en material sanitario respecto al importe valorado al precio mínimo de todos los departamentos de salud	1.3 1.4
ADECUAR EL CONSUMO DE MATERIAL SANITARIO A LAS NECESIDADES DE SALUD	Gasto en adquisiciones de material sanitario en relación a la población del departamento ajustada según su estado de salud	1.3 1.4
OPTIMIZAR LA COBERTURA DE GUARDIAS Y ATENCIÓN CONTINUADA	Grado de adecuación de la cobertura de las guardias y la atención continuada del personal sanitario respecto a las necesidades de la organización	1.3 1.5
OPTIMIZAR LA COBERTURA DE LAS SUSTITUCIONES	Grado de ausencia temporal de los trabajadores titulares y cobertura de los contratos de sustitución	1.3 1.5
NORMALIZAR EL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN TEMPORAL	Adecuación de las contrataciones temporales al procedimiento normalizado de gestión de la bolsa de trabajo	1.3 1.5
EFICACIA EN LA FACTURACIÓN Y COBRO DE ASISTENCIAS CUBIERTAS POR OTROS TIPOS DE ASEGURAMIENTO	Proporción de episodios cobrados, apremiados o enviados/aceptados por el INSS respecto al total de asistencias facturables por la modalidad de aseguramiento o por el origen de la lesión/ situación	1.3 3.4

3. MODIFICACIONES INCORPORADAS TRAS LA CONSULTA PÚBLICA:

GANAR EN SALUD.

- Se retira el control analítico de la HTA, dejando únicamente control tensional. Se incrementa la media de 5 a 12 meses y se reduce las PAS de 150 a 140.
- Se rebaja la Hb glicada en < 65 años de 8 a 7 y se corrige el error de combinar los apartados de control de hipercolesterolemia con el de diabetes.
- En relación a problemas relacionados con los medicamentos, se retiran datos en relación a REFAR y a PRF, manteniendo de forma exclusiva los relacionados con PRM.

MEJORAR LA ATENCIÓN PRESTADA.

- Se sustituye en los ítems correspondientes atención especializada por consultas hospital y centro de especialidades.
- Se elimina el indicador de adherencia de los pacientes al propio departamento.

CORRECTA UTILIZACIÓN RECURSOS.

- Precio medio por receta según morbilidad.
- Mayor especificación en el indicador sobre porcentaje de utilización de actividad concertada.
- Mayor concreción en los cálculos de porcentaje de uso de consumo de material de inventario
- Mayor desarrollo del cálculo del porcentaje de adecuación de precios de adquisición de material sanitario.
- Modificación del indicador de consumo de material sanitario, determinado finalmente la evolución interanual.
- Optimización del gasto en guardias y AC: se retira la evaluación de A. Primaria.
- Especificación más precisa del indicador de eficacia de facturación a otros tipos de aseguramiento, utilizando herramientas del INSS.



4. DOCUMENTO SOBRE LOS ACUERDOS DE GESTIÓN 2016.

Quando mi sueldo está ligado a mis indicadores ¿Cuántos milímetros de mercurio importan clínicamente, cuantos éticamente, cuantos financieramente?

J. Richards

Desde el **SIMAP-INTERSINDICAL SALUT** iv siempre hemos estado preocupados por los incentivos y por su inadecuada implantación en las instituciones sanitarias. Para la inmensa mayoría de profesionales, la llamada productividad variable ha sido, año tras año, un misterio: desconocíamos en qué indicadores se basaba, quién la diseñaba, con qué criterios, cómo se efectuaba el reparto. Con la iniciativa de realizar un foro de discusión para los acuerdos de gestión de 2016, la nueva Conselleria de Sanitat Universal ha inaugurado un procedimiento novedoso, diríamos incluso inaudito si lo comparamos con el proceder de los anteriores gestores, de transparencia y participación.

Sin embargo, tenemos que insistir en que no existen pruebas de que este sistema de incentivos haya resultado tan útil. Además, hay autores que insisten que este sistema puede hundir nuestro propio estímulo profesional, intrínseco en la profesión médica y sanitaria.

No basta con establecer incentivos. Hay que diseñarlos muy bien, y no sólo deben estar basados en indicadores sino en una política global de estímulo al profesional, con objetivos monetarios y no monetarios, siempre dirigidos a la mejora de los resultados en salud de la población. La organización y sus dirigentes son pieza fundamental para este logro y por ello deberían reflexionar, también, sobre ellos mismos.

No es suficiente aplicar incentivos ni algoritmos terapéuticos que dificultan la consulta diaria sin otras medidas que ayuden a implementarlos. Como ya publicamos en el diario Levante el 26 de marzo de 2013, “es necesario adecuar las plantillas a los cupos poblacionales por edad, aumentar los tiempos de consulta, desarrollar los programas asistenciales y mejorar la educación sanitaria de la población con la búsqueda de un concepto amplio de salud lejos de la excesiva medicalización”. Que alguien nos escuche.

Datos de la **literatura científica** sobre la efectividad de los incentivos.

- Las pruebas son modestas e inconsistentes.
- Evidencia de efectos no deseados: afectación de la equidad, efecto lupa, escasa validez de los indicadores, ingeniería documental y marrullerías con los datos, confusión entre guías de práctica clínica de indicadores de calidad.
- No hay pruebas suficientes para apoyar o no el uso de incentivos económicos para mejorar la calidad de la atención primaria.
- Si los pacientes son complejos, sus médicos reciben menor puntuación en un sistema de incentivos P4P.
- Los incentivos no inducen una respuesta racional y previsible que algunos nos han hecho creer.
- Producen una mejoría transitoria con descuido de lo no incentivado.
- Para tareas cognitivas complejas, pagar una cantidad significativa como incentivo no ha demostrado ser útil en mejora del desempeño.

Todos los incentivos P4P (pago por desempeño) deben procurar la mejora de la salud, no sólo de los indicadores (ej., Hb glicada).

No deben desmoralizar a los mejores ni desincentivar a los peores.

Los pacientes deben conocer el sistema de pago de sus médicos.

Se produce un impacto negativo de los incentivos económicos sobre el profesionalismo y la motivación interna.

El incentivo puede penalizar a los que tienen una práctica de mayor calidad y mayor compromiso.

Algunas recomendaciones en el establecimiento de incentivos:

- Los **resultados de investigación** en servicios sanitarios suelen ser **ambiguos** y con alto componente interpretativo.
- Indicadores sobre medicamentos de alto precio, reducción de estancias, rendimiento quirófanos.....No se asocian a mejores resultados de salud.
- Deben utilizarse reglas fijas **sólo** para cuidados de alto valor clínico. En el resto: flexibilidad.
- Disponer de información de **desigualdades** antes de aplicar indicadores (sexo, nivel socioeconómico, grupos específicos).
- Dar importancia a **incentivos no económicos**: refuerzo de la motivación intrínseca y el profesionalismo.
- Favorecer la **coordinación y la integración de la atención asistencial**: pagar por no hacer a Atención Primaria y por hacer más a Especializada puede ser contradictorio.
- Menor **paternalismo** y más escuchar a los pacientes.
- Desarrollo de **nuevos indicadores** más válidos y **mayor transparencia**. Los indicadores e incentivos asociados sólo funcionan formando parte de estrategias organizativas globales.

No se trata de hacer simplemente las cosas bien sino de hacer aquellas cosas que hay que hacer pues tienen un impacto en la salud de la población.

La calidad clínica es manifiestamente mejorable. El “recorrido” entre lo que se hace y lo que se debería hacer es kilométrico, hasta el punto de hablar de “abismo” entre la práctica clínica diaria y la práctica posible si se aplica el conocimiento científico (J. Gérvas).

Al final del documento destacamos una bibliografía seleccionada que apoya las tesis que hemos intentado explicar en los párrafos anteriores.

A pesar de todos estos planteamientos, y ante la iniciativa de participación de los profesionales en los próximos indicadores incluidos dentro de los Acuerdos de Gestión de 2016, SIMAP-INTERSINDICAL SALUT iv ha querido colaborar. Aunque negamos la mayor, como se desprende de los conceptos expresados arriba, queremos aportar algunas consideraciones y propuestas en las que han colaborado profesionales afiliados que trabajan día a día con los pacientes.

PROPUESTAS CONCRETAS

1. Respecto al **control de la HTA en pacientes con tratamiento**. Pensamos que los valores adecuados no deben ser analíticos sino de control de cifras tensionales, por debajo de 150/90 tomando tratamiento farmacológico.

2. Respecto a **optimizar la utilización de antibióticos**, consideramos que la clasificación actual y la codificación diagnóstica que existe en los sistemas informáticos, dado que además el tratamiento, por lo menos en AP, se administra de forma empírica, no discrimina si la infección es bacteriana o vírica, por lo tanto, no creemos que pueda ser un buen indicador de la optimización del uso de antibióticos.

3. Respecto a **prevenir hospitalizaciones potencialmente evitables**, estamos de acuerdo en el objetivo, pero no sabemos cómo se puede medir este indicador. Evaluar la trayectoria del paciente crónico: descompensaciones o ingresos hospitalarios evitados. Consideración de la mejora de la salud percibida por el paciente.

4. En cuanto a la **cita para primeras consultas de AP en menos de 48 horas**, pensamos que en AP no existen primeras consultas sino, consulta a demanda y programada. Además, que exista la posibilidad de obtener cita en 48 horas depende también de factores externos que no están bajo el control del facultativo.

5. Respecto a mejorar el **registro en AP del nivel educativo en la población atendida**, parece más sensato que estén todos los datos (nivel educativo, hábitos tóxicos, hábitos saludables...) que constan en la apertura de la historia de salud.

6. No estamos de acuerdo con el indicador de **Mejorar la adecuación de la derivación a Atención Especializada**. No se puede valorar la necesidad o no, o la justificación o no de dichas derivaciones ni si se dispone de medios diagnósticos.

7. **Mejorar la adecuación de las derivaciones de AP a Salud Mental**. En la descripción habla de proporción de interconsultas que son aceptadas. Habrá que ver si las que no son aceptadas, realmente están justificadas o se pueden resolver con una buena comunicación o comentar el caso desde AP con Unidad de Salud Mental.

8. En el indicador de **atención en urgencias en el tiempo adecuado**, que ya especifica que es urgencias hospitalarias, ¿Cuál es el tiempo adecuado? ¿Hay tiempo estimado según el triaje? Además, es difícil la evaluación pues un ítem depende de múltiples factores: espacio físico disponible, la colaboración de varios especialistas, el grado de demanda...

9. En el **rendimiento de las unidades de hospitalización a domicilio**, se valora el alta. Y creemos que pueden darse altas de forma precipitada a pacientes que precisan seguimiento durante más tiempo.

10. EL objetivo de **cumplimiento de plazos de garantía en demora quirúrgica**, no queda claro, ¿A qué se refiere la derivación al plan de choque?

11. En cuanto a **mejorar la gestión de quejas por demora y trato**, no lo consideramos adecuado puesto que habrá que ver si son justificadas, o simplemente meras quejas; y porque la demora en la asistencia, tanto si es del propio día como si se refiere a la lista de espera, no depende sólo de factores que pueda controlar el facultativo.

12. Objetivo de **utilización adecuada de las consultas en AP**. Lo eliminaríamos, es penalizar al profesional por un "uso por encima del estándar" del paciente. El paciente acude por muchos motivos, por control de su patología, descompensación, dudas con respecto al tratamiento pautado por especialista, para emitir informes, etc...

13. El indicador de **adecuar el consumo de fármacos**...No tiene mucho sentido. Hay muchas variables que impiden una evaluación homogénea. En concreto, el ítem de premiar el uso de omeprazol tiene su razón de estar por ser uno de los fármacos más recetados, pero no tiene una razón de ser objetiva. Hay muchos otros fármacos que pueden considerarse en la mejora de la prescripción: ya los algoritmos de prescripción han intentado actuar sobre la mejora de la eficiencia en este aspecto fundamental. Pero va mucho más allá que simplemente la aplicación de medidas de obstáculos a la prescripción (algoritmos) o zanahorias si se actúa como quiere la Conselleria (acuerdos de gestión). Hay que ser serios y plantearse una visión integral del problema.

14. El objetivo **precio medio por receta**.....lo reduce a nivel ambulatorio. Entendemos que se refiere tanto a AP como AE (consultas externas). Con ello, se coacciona la libertad de prescripción. O si es precio medio por receta, puede conducir a pautar la de menor coste (también porque vengan menos comprimidos...) y que la repetición o prolongación del tratamiento la haga otro profesional. El objetivo de este indicador debería considerarse en el marco de un programa mucho más ambicioso, donde juegan un papel muy importante el tiempo disponible en la consulta, la formación continuada, la extensión de actitudes como las iniciativas promovidas por el Ministerio de Sanidad "Elegir sabiamente" o "no hacer" de las guías NICE británica.

15. Respecto a **optimizar la cobertura de las sustituciones**, no queda claro si se "premia" el no sustituir o lo contrario. Hasta ahora, se premiaba el ahorro en este concepto, un criterio realmente perverso. Y en relación a la cobertura de guardias, tampoco se entiende pues son las direcciones de los centros quienes establecen las necesidades en la asistencia durante las 24 horas.

16. No se tienen en cuenta propuestas sobre servicios centrales. Queremos destacar la importancia de los servicios de Anatomía Patológica. La calidad de su trabajo influye de forma directa en los diagnósticos y tratamientos. El incremento de las cargas de trabajo en estos últimos años hace necesario invertir en medios humanos y técnicos.

17. También se observa ausencia de referencia a Pediatría, ya que sus indicadores de salud difieren de los adultos.

18. En general, son mucho más evaluables las ratios de actividad que los números absolutos.

19. En los ítems de vacunaciones, controles de patologías crónicas, etc., hay que tener cuidado con poblaciones de alto recambio, ya que los datos pueden no reflejar la realidad de la asistencia.

20. Los ítems basados en el ahorro (la mayoría del bloque “Mejorar la atención prestada”) son inadecuados porque no se puede separar el ahorro de los resultados en salud.

21. Indicadores que podrían estar y otros que se mantienen, pero modificados:

- Utilización de guías clínicas reconocidas y creación de protocolos consensuados.
- Creación de protocolos consensuados entre AP y AE (atención especializada).
- Número de sesiones formativas entre AP y AE.
- Potenciación de grupos de trabajo multidisciplinares.
- Existencia de la figura del facultativo referente y el facultativo consultor.
- Sesiones formativas de prevención y promoción de la salud a la población de la zona básica de salud en escuelas, asociaciones, centro de salud, ayuntamiento, medios de comunicación...
- Número de consultas programadas conjuntas entre médico y enfermería para control de la patología crónica (tanto revisión de la patología como del tratamiento) en AP
- Número de visitas a domicilios programados de pacientes con patología crónica que no pueden ser desplazados.
- Visitas del Médico Atención Primaria a pacientes paliativos de forma programada.
- Número de interconsultas justificadas a la trabajadora social de modo que la asistencia sea realmente integral: biopsicosocial.
- Porcentaje de pacientes que hayan mejorado su riesgo cardiovascular (previo medio o alto) en el último año.
- Porcentaje de medicamentos innecesarios retirados.
- Comparación de notificaciones de efectos adversos de medicamentos respecto al año anterior.
- Porcentaje de interconsultas devueltas al médico de atención primaria.
- Control de infecciones nosocomiales.
- Establecimiento de plan de cuidados al final de la vida.
- Participación en comisiones de calidad.
- Encuestas de satisfacción de los usuarios.

BIBLIOGRAFÍA SIGNIFICATIVA.

Según una **Revisión Cochrane de 2011**, no hay pruebas suficientes para justificar el uso de incentivos económicos para mejorar la calidad en AP.

Efecto de los incentivos económicos sobre la calidad de la asistencia sanitaria proporcionada por los médicos de atención primaria.

Conclusiones de los autores

El uso de incentivos económicos para premiar a los MAP por la mejoría en la calidad de los servicios de asistencia sanitaria primaria está en aumento. Sin embargo, no hay pruebas suficientes para apoyar o no apoyar el uso de incentivos económicos para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria primaria. La ejecución debe proseguir con cuidado y los planes de incentivos deben estar diseñados más cuidadosamente antes de su ejecución. Además de basar el diseño de incentivos más en la teoría, existe una abundante bibliografía que trata las experiencias con estos programas la cual puede usarse para extraer algunas enseñanzas que pueden aprenderse y que podrían usarse para influir o modificar el diseño de los planes de incentivos. Deben utilizarse diseños de estudio más rigurosos para representar la selección de médicos para la inclusión en los planes de incentivos. Debe considerarse el uso de las técnicas variables instrumentales para ayudar con la identificación de los efectos de tratamiento en presencia de sesgo de selección y otras fuentes de heterogeneidad no observada. En los ensayos con asignación aleatoria, la atención debe interpretarse mediante la unidad de análisis correcta y debe prestarse más atención al cegamiento. Los estudios también deben examinar las consecuencias potenciales no intencionales de los planes de incentivos mediante una base teórica más fuerte, incluyendo una gama más amplia de resultados, y realizando un análisis de subgrupos más extensivo...También se necesita investigación adicional que compare los costes y los efectos relativos de los incentivos económicos con otras intervenciones para el cambio conductual.

“Physician-level P4P—DOA? Can Quality-based Payment be Resuscitated?”

Laurence F. McMahon, Jr, MD, MPH; Timothy P. Hofer, MD; Rodney A. Hayward, MD,
American Journal of Managed Care, 13: 233-236, 2007.

Los médicos que atienden a pacientes con necesidades médicas y socialmente complejas tienden a puntuar menos en los planes de P4P, y recibir menos pago que otros médicos con los pacientes menos difíciles. La complejidad de la práctica clínica desafía la aplicación efectiva del P4P, lo que puede suponer una amenaza para el acceso equitativo y universal a la atención

A possible consequence of aggressive P4P schemes may be for physicians to minimize their mix of complex patients. Physicians who serve patients with medically and socially complex care needs are likely to score less well in P4P schemes, and to receive less payment than other physicians with less challenging patients. The complexities of clinical practice challenge the effective implementation of P4P, which may pose a threat to equitable and universal access to care. By heeding the global evidence on P4P, it may be possible to design a physician incentive scheme that considers the complexities inherent in providing care for the heterogeneous patient population that defines Canada. Whether P4P is dead on arrival lies not so much in the concept, but rather in its implementation. As usual, the devil is in the details.

It's about more than money: financial incentives and internal motivation

M Marshall, S Harrison *Qual Saf Health Care*. 2005 February; 14(1): 4–5.

La contribución de los incentivos financieros para mejorar la calidad sólo será máxima si entendemos su impacto en los factores internos de los profesionales de la salud

The contribution of financial incentives to quality improvement will only be maximised if we understand their impact on the internal drivers of health professionals

...la evidencia aún nos deja con la impresión de que los incentivos no inducen la respuesta racional y previsible que algunos observadores nos han hecho creer.

But is the fascination with financial incentives based on sound empirical evidence? At a general level the answer is a guarded “yes”. We know from observational studies that the way in which doctors are paid is associated with particular patterns of clinical behaviour. For example, doctors paid under fee-for-service schemes undertake more visits and conduct more investigations than those paid under capitation schemes.³ In contrast, it is less easy to find a convincing causal link between targeted incentives and the behaviour of individual doctors, and little attention seems to have been paid to what might be termed “spillover” effects—that is, the impact of incentives on behaviours other than those incentivised. In part, this lack of evidence results from the methodological challenges associated with linking interventions to complex behavioural change. Even taking this into account, the evidence still leaves us with the impression that incentives do not induce the rational and predictable response that some observers would have us believe.

Una explicación más convincente quizás radica en la relación entre los incentivos externos como recompensas materiales y la motivación interna, "moral", de los profesionales sanitarios

In attempting to explain this anomalous evidence, attention has focused on confounding variables such as the age and sex of physicians, their previous experience of incentives and payment methods, the type and severity of the condition being incentivised, the volume of activity, and the location and type of practice.⁷ All of these factors seem to be important, but together they fail to account for the unpredictable and variable impact that has been observed. A more convincing explanation perhaps lies in the relationship between external incentives such as material rewards and the internal “moral” motivation of health professionals

La respuesta radica en el potencial de los incentivos impuestos externamente para impactar en la motivación interna, aun cuando dichas actividades se reconocen como lo que hay que hacer. La evidencia de los efectos de ignorar la motivación moral se puede encontrar en la literatura de la economía, la psicología social y la sociología organizacional.

If policy makers and managers have convinced themselves that they can buy “desirable” behaviours, why should they be concerned with the internal motivation of their workforce? The answer lies in the potential of externally imposed incentives to impact on internal motivation, even where such activities are recognised as the right thing to do. Evidence of the effects of disregarding moral motivation can be found in the literatures of economics, social psychology, and organisational sociology.



The New England
Journal of Medicine

Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England

Stephen M. Campbell, Ph.D., David Reeves, Ph.D., Evangelos Kontopantelis, Ph.D., Bonnie Sibbald, Ph.D., and Martin Roland, D.M.

N Engl J Med 2009; 361:368-37

La intervención de P4P del año 2004 aceleró la mejora en la atención en dos de las tres condiciones crónicas estudiadas, a corto plazo; sin embargo una vez alcanzados los objetivos, la mejora en la calidad de los cuidados se enlenteció, e incluso la calidad disminuyó en dos de las condiciones no incentivadas. La continuidad de la atención disminuyó después de la introducción del sistema.

Conclusions

Against a background of increases in the quality of care before the pay-for-performance scheme was introduced, the scheme accelerated improvements in quality for two of three chronic conditions in the short term. However, once targets were reached, the improvement in the quality of care for patients with these conditions slowed, and the quality of care declined for two conditions that had not been linked to incentives. Continuity of care was reduced after the introduction of the scheme.



The impact of removing financial incentives from clinical quality indicators: longitudinal analysis of four Kaiser Permanente indicators

Helen Lester, Julie Schmittiel, Joe Selby, director, Bruce Fireman, Stephen Campbell, Janelle Lee, Alan Whippy, Philip Madvig

BMJ 2010; 340:c1898

Los responsables políticos y los médicos deben ser conscientes de que la eliminación de los incentivos financieros dirigidos a indicadores clínicos puede significar que los niveles de rendimiento de declive.

Conclusions and policy implications

If the findings of this study are confirmed across a wider range of indicators, clinicians need to be aware that if financial incentives are removed, their focus may change and they may need to think proactively about how to maintain previous levels of patient care. It could, however, also be argued that slightly lower levels of achievement in one area may be more than offset by improvements in care in a different clinical area to which incentives are shifted. Policy makers who intend to remove financially incentivised clinical indicators may need to consider a stepwise reduction of payments against indicators, rather than blanket removal. They may also need to introduce a system of monitoring achievement in areas where indicators have been removed, as Kaiser Permanente Northern California has, and perhaps decide a priori the level of decline in achievement that could trigger a review and possible reintroduction.



**The New England
Journal of Medicine**

The Long-Term Effect of Premier Pay for Performance on Patient Outcomes

Ashish K. Jha, M.D., M.P.H., Karen E. Joynt, M.D., M.P.H., E. John Orav, Ph.D., and Arnold M. Epstein, M.D.

N Engl J Med 2012; 366:1606-1615

No existen pruebas de que se mejoren los resultados debido a la implantación de dicho sistema de pago por desempeño.

Los individuos no se comportan a menudo de forma tan racional como sería previsible y que su comportamiento depende tanto de factores individuales, como del contexto en que se producen. Recomiendan por lo tanto que el diseño y la implantación de sistemas de incentivos consideren como responden las personas a éstos y en qué circunstancias

In summary, we found little evidence that participation in the Premier HQID program led to lower 30-day mortality rates, suggesting that we still have not identified the right mix of incentives and targets to ensure that pay for performance will drive improvements in patient outcomes. Even though Congress has required that the CMS adopt pay for performance for hospitals, expectations with regard to programs modeled after Premier HQID should remain modest.

Para cualquier aclaración que necesitéis podéis dirigidos a los delegados asignados a los diferentes departamentos de salud.

Departamento	Teléfono	E-mail	Responsables
SIMAP SEDE	961930723	simap_administracion@simap.es simap_institucional@simap.es simap_comunicacion@simap.es simap_prl@simap.es	Administración Conselleria-sindicatos Prensa Riesgos laborales
JUNTA DIRECTIVA		simap_presidencia@simap.es simap_vicepresidencia@simap.es simap_secretaria@simap.es simap_tesoreria@simap.es	Concha Ferrer Celia Monleón Pilar Martí Miguel Pastor
RESIDENTES		simap_residentes@simap.es	Ximo Michavila Miguel Pastor Borgoñón 616477806 Corporativo: 440814
Castellón		simap_castello@simap.es	Estel Ortells Ros 601354812
Sagunto	962339387	simap_sagunto@simap.es	Ximo Michavila Marien Vilanova Ariño 603112418 Pilar Marti Barranco 601185838
Valencia-Clinico-Malvarrosa	961973640 Ext 436184 Fax 961973641	simap_clinico@simap.es	Celia Monleón Verdés 622868333 Inmaculada Bau González 611350631 Mª Angeles Tárraga
Valencia Arnau de Vilanova-Lliria	961976101	simap_arnau@simap.es	Carmen Martin Utrillas

Valencia La Fe	961246127 Ext 246127 Ext 412447	simap_lafe@simap.es	Miguel Pastor Borgoñón 616477806 Corporativo 440814 Carmen Álvarez Muñiz 611351783
Requena	962339281	simap_requena@simap.es	Blas Bernácer Alpera Corporativo 442032
Consorcio Hosp. General Valencia Hospital General Valencia (estatutarios)	963131800 Ext 437485 640096389	simap_consorciogeneral@simap.es simap_hgeneralvalencia@simap.es	Edmundo Febré Moya Mª Enriqueta Burchés Greus
Valencia Dr. Peset	961622332	simap_peset@simap.es	Amparo Cuesta Mirapeix 603106771 Ana Sánchez Guerrero
Ribera Salud-Alzira UTE	962458100 Ext 8382 Ext 7046	simap_laribera@simap.es simap2@hospital-ribera.com	Rosario Muñoz Pedro Durán
Gandía	962849500 Ext 435478	simap_gandia@simap.es	Noemi Alentado Morell 611350820
Denia Marina Salud	965579759	simap_denia@simap.es	Miguel A. Burguera 601155574
Denia estatutarios		simap.denia@marinasalud.es simaplapedrera@gmail.com	Pedro López Sánchez Pepa Bodí
Servicios Centrales, Salud Pública e Inspección		simap_servcentrales.sp.inspecc@simap.es	Carlos López Piñol
Otros departamentos	962289655	simap_consultas@simap.es simap_lapedrera@simap.es simap_alzira@simap.es simap_vinaroz@simap.es simap_laplana@simap.es simap_alcoy@simap.es simap_elda@simap.es simap_lavila@simap.es	Ximo Michavila

		simap_sanjuan@simap.es	
		simap_alicante@simap.es	
		simap_elche@simap.es	
		simap_orihuela@simap.es	
		simap_torrevieja@simap.es	
		simap_manises@simap.es	
		simap_vinalopo@simap.es	

Toda la información que os enviamos la encontrareis en la **Web del SIMAP** junto con la actualidad sobre normativa laboral, acción sindical y política sanitaria: www.simap.es



Le informamos que su dirección de correo electrónico, así como el resto de los datos de carácter personal de su tarjeta de visita que nos facilite, serán objeto de tratamiento automatizado en nuestros ficheros, con la finalidad de gestionar la agenda de contactos de nuestra organización, para poder atender a sus peticiones de consulta por vía electrónica. Vd. podrá en cualquier momento ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos establecidos en la **Ley Orgánica 15/1999** mediante notificación escrita asimap_requena@gva.es

La información incluida en este e-mail es CONFIDENCIAL, siendo para uso exclusivo del destinatario arriba mencionado. Si Usted lee este mensaje y no es el destinatario indicado, le informamos que está totalmente prohibida cualquier utilización, divulgación, distribución y/o reproducción de esta comunicación sin autorización expresa en virtud de la legislación vigente. Si ha recibido este mensaje por error, le rogamos nos lo notifique inmediatamente por esta misma vía y proceda a su eliminación.