



1 de diciembre de 2015



1. DOCUMENTO SOBRE LOS ACUERDOS DE GESTIÓN 2016.
2. SEGUNDO TRAMO DE LA PAGA EXTRA. CÁLCULO Y CONSIDERACIONES.

Estimados amigos: en este envío os informamos de dos asuntos de actualidad.

**En primer lugar**, queremos aportar el documento final que remitimos a la Conselleria de Sanidad sobre los acuerdos de gestión 2016. En el escrito hemos incluido las aportaciones y propuestas enviadas por los afiliados que han colaborado en esta iniciativa. El documento comienza con una introducción extraída de un texto que habíamos preparado en 2013 sobre la naturaleza de los incentivos en medicina, y termina con un resumen de la bibliografía más significativa, actualizada con un post en el que se comenta un artículo del New York Times de 2015, que cita varios estudios que cuestionan los resultados de salud derivados de la incentivación por desempeño (p4p).

En relación a vuestras aportaciones, también es conveniente destacar que hay propuestas generales y otras concretas. Generales, como la solicitud de eliminación de la llamada productividad variable y que su presupuesto sea repartido entre los compañeros y en nuevos contratos.

Otros han aprovechado para destacar deficiencias en la organización, como la falta de un servicio hospitalario de Pediatría y de Obstetricia en el Hospital de Llíria. También hay varias voces que expresan la necesidad de potenciar las unidades de Anatomía Patológica tanto en recursos humanos como técnicos, dada su importancia creciente y el aumento constante de las cargas de trabajo en los últimos años.

Algunos compañeros han remitido sus propuestas fuera de plazo, por lo que no han podido ser incluidas en el documento, pero que sí citamos en este correo, bajo el epígrafe "otras propuestas".

Finalmente, queremos insistir en el agradecimiento a todos los que habéis colaborado vuestras aportaciones. *Gracie mile.*

En segundo lugar, hemos tenido acceso a la **circular remitida por el Servicio de Gestión Presupuestaria** a los distintos centros de gestión de los departamentos, en la que se dan las instrucciones sobre la retribución en 2015 de parte de la paga extra de 2012 y una serie de consideraciones. Los que tenéis nómina del mes de **noviembre** habréis comprobado que se ha cobrado ya la parte comprometida para 2015 (que corresponde al 50% del total restando la parte devengada y ya pagada).

En resumen, la circular dice:

- El cálculo de la **cuantía a pagar este año** se ha efectuado de la forma siguiente:
  - o Cómputo de lo que se hubiera debido pagar a cada profesional en diciembre de 2012.
  - o Esa cantidad se ha dividido por dos y se le ha restado la parte ya pagada como consecuencia de la ejecución de la sentencia judicial de pago de la parte devengada de 1/06/2012 a 14/07/2012.
- En **diciembre 2015** se pagará al personal sustituto por IT.
- El pago al resto de colectivos afectados se tramitará durante **2016**.

## 1. 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 debe 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 bien 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. Nuestro sindicato ha recogido todas las aportaciones. En algunas hemos realizado ciertas matizaciones con intención de hacer más plausible el indicador.

## **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 que dependen de múltiples factores: espacio físico disponible, la colaboración de varios especialistas, el grado de demanda... Por otro lado, en relación al indicador "**retorno a urgencias a 72 horas**", no parece que sea correcto porque en ocasiones se insta al paciente desde el mismo servicio de urgencias a que vuelva a consultar si lo precisa; otras veces se le dice directamente que vuelva, por estar indicado en programas concretos, caso Ginecología, por pruebas que han quedado pendientes o para control clínico.

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 a la derivación al plan de choque?

11. En cuanto a **mejorar la gestión de quejas por demora y trato**, no lo consideramos adecuados 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 se trata del 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 los 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. **“Mejorar la gestión de quejas por demora o trato”**. No se trata de un indicador fiable. Las quejas por trato y/o demora tienen un fuerte matiz subjetivo. Por lo tanto, incluir como indicador la minimización de las quejas puede suponer, en cierta manera, coaccionar a los profesionales sanitarios y no sanitarios en sus actuaciones/tomas de decisiones.

**22. Adherencia de la población a los servicios de su departamento.** Tampoco parece un indicador correcto. Factores como la preservación de la libre elección de hospital y médico, que debemos informar y facilitar si el deseo del paciente, las diferencias existentes en servicios y prestaciones entre los diversos departamentos e incluso los cambios de domicilio influyen en este indicador por su medida no aporta información sobre una correcta o incorrecta gestión de recursos.

**23. 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. Habría que establecer un mecanismo de corrección para aquellos facultativos que realizan una correcta y adecuada prescripción y no deben ser penalizados por ello.
- Comparación de notificaciones de efectos adversos de medicamentos respecto al año anterior. También sería necesario el mismo mecanismo que en el punto anterior para no menoscabar la valoración de una buena praxis del médico.
- Porcentaje de interconsultas devueltas al médico de atención primaria. Debería complementarse con el porcentaje de interconsultas aceptadas para no penalizar al médico de AP ante servicios que no actúan de forma incorrecta en la gestión de las interconsultas.
- Control de infecciones nosocomiales.
- Establecimiento de plan de cuidados al final de la vida.
- Participación en comisiones de calidad.

---

**OTRAS PROPUESTAS DE AFILIADOS.**

- "Potenciación de las sesiones grupales, especialmente de pacientes crónicos".
- "Realización de talleres o charlas para desestigmatizar al enfermo mental grave"
- "Poder aplicar la acupuntura en Atención Primaria"
- "Potenciación de la terapia familiar o bien el abordaje familiar"
- "Promoción de la salud en el centro de salud tanto del usuario como del profesional sanitario"
- "Prevención y tratamiento del "burnout".

"Prevención y tratamiento de la violencia institucional: acoso laboral, demoras especializada, colisión en el anonimato, prepotencia de algunos jefes de servicio y coordinadores"

"Necesidad de que la enfermería de atención primaria realice cita previa todos los días como los médicos de familia. No es de recibo que la enfermera del hospital quiera jubilarse en atención primaria. La enfermería en Atención Primaria está infrautilizada y va al ralentí."

## **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.**

**Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J, Young D  
Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 9. Art. No.: CD008451**

### **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.<sup>3</sup> 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.<sup>7</sup> 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.

---

## [El pago por resultados no acaba de cuajar](#)

Posted: 26 Nov 2015 11:00 PM PST

El pago por resultados (*pay for performance* o P4P) no acaba de cuajar, al menos es lo que se desprende de un artículo de *The New York Times*, al que he tenido acceso gracias al tweet de [Ash Paul](#). Siempre que se habla de resultados en salud aparecen dificultades de definición debido a que la mortalidad, la calidad de la vida e incluso las minusvalías y dependencias tienen otros determinantes más poderosos que los sistemas sanitarios. A pesar de ello, la mayoría de países, de manera tozuda, insisten en introducir elementos de resultados en sus sistemas de pago de los servicios sanitarios.

Quizás uno de los motivos de esta obstinación es debido a que la incentivación económica actúa de manera conductista cuando se trata de mejorar eficiencias o de obtener objetivos operativos: valgan los ejemplos de la cobertura vacunal, la hemoglobina glicosilada o la prescripción de genéricos en atención primaria, o bien la estancia media, la tasa de sustitución de cirugía sin ingreso o la tasa de reingresos en atención hospitalaria. A este nivel más operativo, el hecho de incentivar ha demostrado eficacia, de una forma casi *pavloviana*.

La realidad es, sin embargo, que cuando se analizan resultados en salud, los programas P4P no obtienen los objetivos que a priori se esperaban. El artículo de NYT habla de [un trabajo realizado en más de 3.000 hospitales](#) donde se comparó mortalidad a 30 días del alta entre centros con pago tradicional y centros incentivados, sin ninguna influencia del P4P en los outcomes, incluso en procesos tan sensibles como los infartos de miocardio y los bypass coronarios. En [otro estudio](#) también se ha visto que las penalizaciones económicas por infecciones hospitalarias tampoco han conseguido ninguna mejora, y por el mismo camino van [los modelos de incentivación en los programas de atención a la cronicidad](#).

Estas referencias prueban que el pago por resultados no acaba de cuajar, pero ello,

lejos de desanimarnos, debería ser un estímulo para conseguir perfilar cuál es el valor que se espera de las actividades sanitarias, porque lo que es seguro es que no se puede seguir financiando a los proveedores de servicios sólo en función de la actividad que acreditan que hacen.

## 2. SEGUNDO TRAMO DE LA PAGA EXTRA. CÁLCULO Y CONSIDERACIONES.



“Para calcular las cuantías que se deben abonar a los trabajadores de IISS en concepto de 2º pago de la paga extraordinaria de diciembre de 2012 se ha realizado lo siguiente:

- a) En primer lugar se han calculado las cuantías que hubiese percibido, en concepto de paga extraordinaria de diciembre de 2012, el personal que prestó servicios en las instituciones sanitarias dependientes de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública durante el periodo 01/06/2012 a 30/11/2012, en el caso de que no se hubiese suprimido la citada paga extraordinaria.
- b) El importe calculado según lo indicado en el apartado a) anterior se ha dividido por 2, dado que se pretende recuperar, en el ejercicio 2015, el 50 % de la paga extraordinaria de diciembre 2012 que se suprimió mediante el Real Decreto Ley 20/2012, de 13 de julio.
- c) Al importe calculado según lo indicado en el apartado b) anterior se le han restado las cuantías ya pagadas en concepto de paga extraordinaria de diciembre de 2012, en ejecución de sentencia judicial firme, en aplicación de lo establecido en la Ley 36/2014, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 2015, y en la Ley 8/2014, de 26 de diciembre, de Presupuestos de la Generalitat para el ejercicio 2015 y en concepto de liquidación de paga extra devengada en el periodo 01/06/2012 a 14/07/2012.

En la Nómina de noviembre se van a pagar las cuantías que corresponda en concepto de 2º pago de la paga extraordinaria de diciembre de 2012, calculadas según lo indicado, al personal de IISS que esté de alta en nómina y que tenga recibo de nómina del mes de noviembre de 2015.

En diciembre de 2015 se pagarán las cuantías que proceda al personal sustituto por I.T. (tipos 1 y 2), en el recibo de nómina de noviembre que perciban en diciembre.

Para el pago al resto de colectivos afectados por el 2º pago de la paga extraordinaria de diciembre de 2012 se remitirán instrucciones a los centros de gestión. Dado que el mes de diciembre tiene muy pocos días

hábiles para la gestión de la nómina y al objeto de no complicar demasiado la gestión de dicha nómina, el pago a los citados colectivos se tramitará durante al año 2016.

Se remite fichero EXCEL con la relación de trabajadores que tiene derecho a percibir alguna cuantía en concepto de 2º pago de la paga extraordinaria de diciembre de 2012. En dicha relación no figura el personal que entre junio y noviembre del año 2012 tenía un nombramiento para la cobertura de las guardias médicas! ATC. Este personal se comunicará en otra relación en la que se indicará la cuantía que se debe abonar a cada uno, junto con las instrucciones pertinentes.

Valencia a 25 de noviembre de 2015  
EL SERVICIO DE GESTION PRESUPUESTARIA

Toda la información la podréis encontrar en nuestra página web

[www.simap.es](http://www.simap.es)

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

Hospital	Tlfno	Responsable	E-mail
<b>SIMAP SEDE</b>	<b>961 930 723</b>	<b>Esther Rabanedo</b>	<a href="mailto:simap_administracion@simap.es">simap_administracion@simap.es</a>
<b>RESIDENTES</b>		<b>Chimo Michavila</b> <b>Miguel Pastor</b> 616 477 806 Corp 440814	<a href="mailto:simap_residentes@simap.es">simap_residentes@simap.es</a>
<b>Castelló</b>	<b>601 354 812</b>	<b>Estel Ortells</b>	<a href="mailto:simap_castello@simap.es">simap_castello@simap.es</a>
<b>Sagunto</b>	<b>962 339 387</b>	<b>Chimo Michavila</b> <b>Marien Vilanova</b> 603 112 418 <b>Pilar Martí Barranco</b> 601 185 838	<a href="mailto:simap_sagunto@simap.es">simap_sagunto@simap.es</a>
<b>Valencia Clínico-Malvarrosa</b>	<b>961 973 640</b> <b>Ext. 436184</b> <b>961 973 641</b>	<b>Celia Monleón</b> 622 868 333 <b>Inmaculada Bau</b> 611 350 631 <b>M.AngelesTárraga</b> <b>Piqueras</b>	<a href="mailto:simap_clinico@simap.es">simap_clinico@simap.es</a>
<b>Valencia Arnau de Vilanova-Liria</b>	<b>961976101</b>	<b>Carmen Martín</b>	<a href="mailto:simap_arnau@simap.es">simap_arnau@simap.es</a>

Valencia La Fe	961246127 Ext: 246 127 Ext: 412 447	<b>Miguel Pastor</b> 616 477 806 Corp 440814  <b>Carmen Álvarez</b> 611 351 783 <b>Lourdes Ros</b> 611 351 076	<a href="mailto:simap_lafe@simap.es">simap_lafe@simap.es</a>
Requena	962 339 281	<b>Blas Bernácer</b> Corp: 442032	<a href="mailto:simap_requena@simap.es">simap_requena@simap.es</a>
Consorcio H. General Valencia	963 131 800 Ext. 437 485	<b>Edmundo Febré</b>	<a href="mailto:simap_hgeneralvalencia@simap.es">simap_hgeneralvalencia@simap.es</a>
Valencia Dr.Peset	961 62 2332	<b>Amparo Cuesta</b> 603 106 771 <b>Ana Sánchez</b>	<a href="mailto:simap_peset@simap.es">simap_peset@simap.es</a>
Ribera Salud- Alzira UTE	962458100 Ext: 8382 Ext: 7046	<b>Rosario Muñoz</b> <b>Pedro Durán</b>	<a href="mailto:simap_laribera@simap.es">simap_laribera@simap.es</a> <a href="mailto:simap2@hospital-ribera.com">simap2@hospital-ribera.com</a>
Xativa	962 289 103 962 289 655	<b>Lourdes Ros</b> 611 351 076	<a href="mailto:simap_xativa@simap.es">simap_xativa@simap.es</a>
Gandia	962 849 500 Ext: 435 478	<b>Noemí Alentado</b> 611 350 820	<a href="mailto:simap_gandia@simap.es">simap_gandia@simap.es</a>
Denia Marina Salud Denia Estatutarios	965 579 759	<b>Miguel A. Burguera</b> 601 155 574 <b>Pedro López</b> <b>Pepa Bodí</b>	<a href="mailto:Simap_denia@simap.es">Simap_denia@simap.es</a> <a href="mailto:simapdenia@marinasalud.es">simapdenia@marinasalud.es</a> <a href="mailto:simaplapedrera@gmail.es">simaplapedrera@gmail.es</a>

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](http://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 a [simap\\_requena@gva.es](mailto:simap_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.