

Pago por rendimiento en pediatría: hay que obrar con precaución

Como consecuencia de la abrumadora evidencia de importantes problemas de calidad en la asistencia sanitaria a adultos y niños, los programas de pago por rendimiento han proliferado con rapidez en la asistencia al adulto y están empezando a extenderse a la pediatría¹⁻⁶. La asistencia sanitaria pediátrica ambulatoria está siendo objetivo de incentivos por rendimiento en los 11 programas estatales de Medicaid que actualmente utilizan estrategias de incentivos al rendimiento y en 33 de los 93 programas de incentivos por rendimiento enumerados en el Leapfrog Compendium^{7,8} (el mayor listado público de programas de incentivos por rendimiento del país).

Reconocemos que el actual sistema de pago contribuye a nuestros problemas de calidad, y estamos de acuerdo con el tono de precaución y el mesurado abordaje sugerido por Profit et al⁹ en el número de *Pediatrics* de mayo de 2007 al considerar si se debe instaurar incentivos por rendimiento, en forma de pago por rendimiento, de reconocimiento público, o ambas, para favorecer la calidad de la asistencia ofrecida por las UCIN.

Como estos programas necesitan de esfuerzos muy elevados por las partes interesadas (patronos, planes sanitarios, organizaciones de asistencia sanitaria y médicos), es importante considerar si les vale la pena el esfuerzo. La evidencia actual indica que las estrategias de incentivos por rendimiento pueden tener una eficacia sólo modesta¹⁰⁻¹², no necesariamente están relacionadas con mejores resultados^{13,14} y pueden tener consecuencias imprevistas e indeseables¹⁵⁻²⁰.

Subrayamos tres temas generales y dos pediátricos a quienes consideren el empleo de esta estrategia en pediatría. El objetivo de estos puntos de precaución es garantizar que los médicos, los diseñadores de programas y los que toman decisiones conozcan la existencia de riesgos al utilizar los incentivos por rendimiento en la asistencia sanitaria y que determinadas tácticas de incentivos por rendimiento desarrolladas para la asistencia sanitaria al adulto no tienen una buena correspondencia en pediatría.

Declaración financiera: el trabajo del Dr. Dudley en este estudio fue financiado por un Robert Wood Johnson Foundation Investigator Award in Health Policy Research.

Las opiniones expresadas en estos comentarios son las de los autores y no necesariamente las de la American Academy of Pediatrics o sus comités.

CONSECUENCIAS INDESEABLES DE LOS INCENTIVOS POR RENDIMIENTO

Hace poco, tres grupos de autores revisaron sistemáticamente la evidencia empírica acerca de los programas de incentivos por rendimiento en la asistencia sanitaria mediante el empleo de criterios similares de búsqueda e inclusión^{10,11,17}. Aunque la mayor parte de esta bibliografía evaluó si los incentivos por rendimiento consiguen las consecuencias pretendidas, un puñado de estudios también evaluó los incentivos por rendimiento respecto a sus efectos indeseables.

1. Los incentivos por rendimiento pueden mejorar la documentación sin variar la calidad subyacente. En la escasa, pero creciente, bibliografía sobre los incentivos por rendimiento, dos estudios indicaron que los incentivos por rendimiento mejoran la documentación sin cambiar la calidad subyacente de la asistencia^{21,22}.

2. Los incentivos por rendimiento pueden recompensar simplemente a los que ya actúan bien. Como parte de la evaluación de un típico prototipo de programa de incentivo por rendimiento instaurado en California y en Noroeste del Pacífico, un estudio demostró que gran parte de los 3,4 millones de dólares de los incentivos financieros pagados a grupos médicos fueron a los que tenían mejor rendimiento inicial y a los que menos habían mejorado²⁰.

3. Los incentivos por rendimiento pueden alterar la predisposición de los médicos, las organizaciones de asistencia sanitaria, o ambos grupos, a cuidar a los grupos minoritarios y a quienes presenten complicaciones médicas. Una evaluación del informe de *bypass* coronario en New York encontró que los pacientes de raza negra y los hispanoamericanos recibieron menos *bypass* coronarios que sus homónimos de raza blanca una vez iniciada la notificación pública¹⁹. Además, un estudio de los pacientes tratados por abuso de drogas en Maine demostró que los pacientes con problemas más graves de abuso de drogas tuvieron menos probabilidades de recibir tratamiento después de que la Maine's Office of Substance Abuse introdujese incentivos financieros para mejorar la abstinencia, aumentar la posibilidad de inserción laboral y disminuir los problemas familiares y legales¹⁸.

TEMAS ESPECÍFICOS DE PEDIATRÍA

Los programas de incentivos por rendimiento que están proliferando en la asistencia sanitaria al adulto su-

brayan la recompensa de los procesos de asistencia sanitaria, específicos de enfermedad, relacionados con mejores resultados (p. ej., beta bloqueadores tras un infarto agudo de miocardio). Los diseñadores de programas se han centrado en procesos de asistencia específicos de enfermedad basados en la evidencia para alteraciones comunes de los adultos porque los profesionales presumiblemente controlan mejor estos procesos que los resultados de la asistencia sanitaria²³⁻²⁶ (que dependen de numerosos factores ajenos al control del profesional, como las preferencias y el cumplimiento del paciente). Esta estrategia general se enfrenta a desafíos críticos en pediatría por dos razones:

1. La escasa prevalencia de la enfermedad en pediatría aumenta el problema del tamaño de la muestra en los programas de incentivos por rendimiento. El limitado tamaño de la muestra para el profesional ya constituye un problema de los programas dirigidos a alteraciones comunes del adulto¹⁵. Este problema se hará espectacularmente mayor en pediatría. Los niños con necesidades de asistencia sanitaria específicas de alteración son una porción de la población infantil total, que ya es la cuarta parte de la población adulta²⁷. Los que instauran estrategias de incentivos centradas en pediatría deberán prestar incluso mayor atención a los métodos de conjuntar las medidas en las alteraciones o a desarrollar medidas del rendimiento que reflejen los procesos más generales de la asistencia sanitaria (como medidas que reflejen la coordinación de la asistencia o el centrado en el paciente).

2. La escasez de medidas de la calidad de la asistencia basadas en la evidencia impone un mayor riesgo de fijar patrones de asistencia no relacionados con los resultados. También aumenta la dependencia de pautas de consenso e impone un mayor riesgo de fijar normas no objetivas²⁸⁻³⁰. Las estrategias pediátricas deberán esforzarse aún más en garantizar que los objetivos son sensatos, realistas y alcanzables por los profesionales que trabajan en una amplia gama de marcos. Se debe tener un cuidado especial en la inclusión de profesionales que actúan solos y/o en pequeños grupos y a los que trabajan en marcos rurales o urbanos con menos recursos.

Dada la reciente eclosión del interés en el empleo de incentivos por rendimiento y la sustancial evidencia de que la calidad en el actual sistema de pago es mala, es razonable considerar si esta estrategia será útil para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria pediátrica. Los riesgos y desafíos intrínsecos, mayores en pediatría, hacen importante pensar meticulosamente en alternativas a las estrategias de rendimiento existentes. Los investigadores, los médicos y los dirigentes deben reflexionar creativamente sobre las intervenciones que fomenten la sensación natural de altruismo de los profesionales. El desarrollo de métodos que apoyen la motivación intrínseca puede dar más fruto que los incentivos por rendimiento para garantizar la mejoría sostenible y a largo plazo de nuestro sistema de asistencia sanitaria³¹.

ALYNA T. CHIEN, MD, MS^a, Y R. ADAMS DUDLEY, MD, MBA^b

^aSections of General Pediatrics and Community Health Sciences, Department of Pediatrics, University of Chicago, Chicago, Illinois, Estados Unidos; ^bDivisions of Pulmonary and Critical Care and Institute for Health Policy Studies, University of California, San Francisco, California, Estados Unidos.

BIBLIOGRAFÍA

- Mitka M. Report cites shortcomings in quality of pediatric health care. *JAMA*. 2004;291:2688-9.
- Leatherman SM, McCarthy D. Quality of health care for children and adolescents: a chartbook. Nueva York, NY: Commonwealth Fund; 2004 [consultado 15/4/2007]. Disponible en: www.cmf.org/usr_doc/leatherman_pedchart-book_700.pdf
- McGlynn EA, Asch SM, Adams J, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med*. 2003;348:2635-45.
- Rosenthal MB, Landon BE, Normand SLT, Frank RG, Epstein AM. Pay for performance in commercial HMOs. *N Engl J Med*. 2006;355:1895-902.
- Centers for Medicaid and Medicare Services. Pay-for-performance initiatives: Herb Kuhn testimony for the Senate Committee on Finance [consultado 23/11/2005]. Disponible en: www.cms.hhs.gov/apps/media/press/testimony.asp?Counter=1537
- Centers for Medicaid and Medicare Services. Medicare pay-for-performance demonstration shows significant quality of care improvement at participating hospitals [consultado 23/11/2005]. Disponible en: www.cms.hhs.gov/apps/media/press/release.asp?Counter=1441
- Centers for Medicaid and Medicare Services, Center for Health Care Strategies. Descriptions of selective performance incentive programs [consultado 23/11/2005]. Disponible en: www.cms.hhs.gov/smdl/downloads/StatePerformanceIncentiveChart040606.pdf
- Leapfrog Group. The Leapfrog compendium [consultado 31/3/2007]. Disponible en: <http://ir.leapfroggroup.org/compendium>
- Profit J, Zupancic JAF, Gould JB, Petersen LA. Implementing pay-for-performance in the neonatal intensive care unit. *Pediatrics*. 2007;119:975-82.
- Dudley RA, Frolich A, Robinowitz DL, Talavera JA, Broadhead P, Luft HS. Strategies to support quality-based purchasing: a review of the evidence [consultado 3/5/2007]. Disponible en: www.ahrq.gov/clinic/tp/qpurchtp.htm
- Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Ann Intern Med*. 2006;145:265-72.
- Lindenauer PK, Remus D, Roman S, et al. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *N Engl J Med*. 2007;356:486-96.
- Fonarow GC, Abraham WT, Albert NM, et al. Association between performance measures and clinical outcomes for patients hospitalized with heart failure. *JAMA*. 2007;297:61-70.
- Werner RM, Bradlow ET. Relationship between Medicare's hospital compare performance measures and mortality rates [revisión en *JAMA*. 2007;297:700]. *JAMA*. 2006;296:2694-702.
- Hofer TP, Hayward RA, Greenfield S, Wagner EH, Kaplan SH, Manning WG. The unreliability of individual physician "report cards" for assessing the costs and quality of care of a chronic disease. *JAMA*. 1999;281:2098-105.
- Chien AT, Chin MH, Davis AM, Casalino LP. Pay-for-performance, public reporting and racial disparities in health care: how are programs being designed? *Med Care Res Rev*. En prensa 2007.
- Chien AT. The potential impact of performance incentive programs on racial disparities in health care. In: Williams RA, editor. *Eliminating healthcare disparities in America: beyond the IOM Report*. Totowa, NJ: Humana Press. En prensa.
- Shen Y. Selection incentives in a performance-based contracting system. *Health Serv Res*. 2003;38:535-52.
- Werner RM, Asch DA, Polsky D. Racial profiling: the unintended consequences of coronary artery bypass graft report cards. *Circulation*. 2005;111:1257-63.
- Rosenthal MB, Frank RG, Li Z, Epstein AM. Early experience with pay-for-performance: from concept to practice. *JAMA*. 2005;294:1788-93.
- Fairbrother G, Hanson KL, Friedman S, Butts GC. The impact of physician bonuses, enhanced fees, and feedback on

- childhood immunization coverage rates. *Am J Public Health*. 1999;89:171-5.
22. Kouides RW, Bennett NM, Lewis B, Cappuccio JD, Barker WH, LaForce FM. Performance-based physician reimbursement and influenza immunization rates in the elderly. The Primary-Care Physicians of Monroe County. *Am J Prev Med*. 1998;14:89-95.
 23. American Medical Association. Guidelines for the development of pay-for-performance programs [consultado 10/5/2007]. Disponible en: www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/368/guidelines4pay62705.pdf
 24. American Medical Association. Principles for Pay-for-Performance [consultado 3/5/2007]. Disponible en: www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/368/principles4pay62705.pdf
 25. Dudley RA, Frölich A, Robinowitz DL, Talavera JA, Broadhead P, Luft HS. Pay for Performance: A decision guide for purchasers. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2006. Publicación AHRQ 06-0047.
 26. American College of Physicians. Linking physician payments to quality care [consultado 7/9/2006]. Disponible en: www.acponline.org/hpp/link_pay.pdf
 27. Dovey S, Weitzman M, Fryer G, et al. The ecology of medical care for children in the United States. *Pediatrics*. 2003;111:1024-9.
 28. Kaplan SH, Greenfield S, Connolly GA, Barlow SE, Grand R. Methodologic issues in the conduct and interpretation of pediatric effectiveness research. *Ambul Pediatr*. 2001;1:63-70.
 29. Christakis DA, Johnston BD, Connell FA. Methodologic issues in pediatric outcomes research. *Ambul Pediatr*. 2001;1:59-62.
 30. Schuster MM, McGlynn EA. Measuring the quality of care in Pediatrics. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams and Wilkins; 1999.
 31. Frölich A, Talavera JA, Broadhead P, Dudley RA. A behavioural model of clinician responses to incentives to improve quality. *Health Policy*. 2007;80:179-93.