

## **NEWSLETTER Mayo 2014**

- **Políticas para reducir el uso de los servicios de urgencias hospitalarios**
- **Aprendiendo de la experiencia de otros: una revisión de la evidencia cuantitativa sobre el copago sanitario**
- **Pay-for-performance in disease management: a systematic review of the literature**
- **Importantes diferencias entre facultades de medicina. Implicaciones para la medicina de familia y comunitaria**

## **POLÍTICAS PARA REDUCIR EL USO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS**

Keyhani S, Falk R, Bishop T, Howell E, Korenstein D.

The relationship between geographic variations and overuse of healthcare services: a systematic review. *Med Care.* 2012. 50: 257-61.

### **Contexto**

Se ha producido un incremento espectacular de la utilización de los servicios de urgencias sin que probablemente suponga beneficio en términos de salud y por tanto existiría cada vez más una sobreutilización. También se señala el posible perjuicio para la continuidad asistencial y un mayor riesgo de efectos adversos en contraposición al uso de la atención primaria. Dicho incremento se explica en parte por el envejecimiento de la población asociado a una mayor cronicidad (y por tanto una mayor necesidad), los cambios en los perfiles de la demanda (percepción de necesidad-gravedad-beneficio) o por un incremento de oferta (volumen de servicios o cambios en las barreras tales como los copagos o filtros en la derivación). Se han propuesto distintas intervenciones para reducir el uso de las urgencias, algunas más orientadas a incidir en la demanda y otros en cambiar la oferta.

### **Objetivo y métodos**

Revisión sistemática de publicaciones en relación a la efectividad de las intervenciones diseñadas a reducir las visitas en los servicios de urgencias. Se revisó el PubMed y The Cochrane Library, además de las citas bibliográficas de revisiones publicadas anteriormente. El resultado principal a evaluar fue la reducción de las visitas en servicios de urgencias consecuencia de una intervención determinada. Se incluyeron estudios de series temporales, transversales, longitudinales, casi-experimentales y ensayos aleatorios controlados. No se incluyeron los estudios para condiciones específicas de salud. Se valoró la calidad de la investigación (diseño, comparabilidad, validez externa, seguimiento...) de forma sistemática por parte de dos de los autores del estudio.

### **Resultados**

De un total 2.348 artículos inicialmente seleccionados, cumplieron criterios de inclusión 48. Los autores clasifican los estudios en función del tipo de intervención para reducir las visitas en servicios de urgencias.

Cuando se incrementa la oferta de médicos o centros de atención primaria, en general se observa una tendencia a reducir la utilización de urgencias. Sin embargo, la mayoría de los estudios (total 10 estudios, n=10), se realizaron en los EEUU y en población sin cobertura o Medicaid, lo que limita su validez en nuestro contexto. Una de las limitaciones inherentes en este estudio, es precisamente que la mayoría de evaluaciones publicadas (28 de 48) se han realizado en contextos distintos del SNS o de cobertura universal, y tan solo 4 en nuestro país. Otras medidas con relación a la oferta evaluadas, tales como la ampliación del horario de atención y mejora de la accesibilidad en la atención primaria (n=10, 9 en el contexto de SNS) o la introducción del triage telefónico (n=6, 5 en SNS), no se mostraron efectivas para reducir la utilización en urgencias. Con relación a intervenciones orientadas a modular la demanda tales como acciones educativas a pacientes/población para modificar hábitos (n=6, 2 en SNS) tampoco se mostraron efectivas. Igualmente, inefectivas se mostraron los sistemas reguladores de demanda desde la primaria, el gate-keeping, aunque hay que destacar que todos los estudios revisados se realizaron en EEUU hace más de una década. Por el contrario, los autores destacan la efectividad de medidas de copago (n=12) para reducir el uso de las urgencias, aparentemente tan solo afectando el uso inadecuado y no así el necesario. Alertan,

sin embargo, del impacto en la equidad de este tipo de medidas. Señalar que en el único estudio realizado en un contexto de SNS no se observó efecto disuasorio del copago.

## **APRENDIENDO DE LA EXPERIENCIA DE OTROS: UNA REVISIÓN DE LA EVIDENCIA CUANTITATIVA SOBRE EL COPAGO SANITARIO**

Kiil A, Houlberg K.

How does copayment for health care services affect demand, health and redistribution? A systematic review of the empirical evidence from 1990 to 2011. *European Journal of Health Economics*. 2013; 1-16.

### **Objetivo**

Proporcionar una revisión sistemática sobre el grado en que (1) un copago reduce la demanda de servicios sanitarios, (2) tiene efectos adversos sobre la salud o que, en vez de reducir la utilización de servicios, produce la sustitución de los sometidos a un copago por otros que quedan exentos y, finalmente, (3), si tiene efectos redistributivos.

### **Tipo de estudio**

Revisión sistemática de la literatura relativa a estudios empíricos sobre los efectos de los copagos. Utilizando EconLit identifican 47 estudios válidos, artículos revisados por pares, documentos de trabajo o disertaciones académicas, publicados entre 1990 y 2011, referidos a países de renta elevada (según criterios del Banco Mundial), originales, en inglés, danés o sueco. Excluyen trabajos que traten los efectos del copago de forma secundaria o tangencial. Sólo incluyen trabajos sobre copagos directos clásicos. Se excluyen los estudios referidos a copagos inteligentes o implantados en seguros complementarios voluntarios.

### **Resultados**

Respecto al uso de servicios la mayoría de estudios concluyen que los copagos reducen la cantidad de medicación prescrita, las consultas médicas de atención primaria y especializada, asistencia ambulatoria en general, especialmente cuando los copagos son elevados. Sin embargo, los copagos no reducen la hospitalización. En relación a la sustitución de servicios con copago por otros exentos (ej: más hospitalización por copagos en medicamentos), no encuentran resultados concluyentes. También consideran que no se aprecian consecuencias significativas de los copagos sobre la salud. Finalmente, consideran que las consecuencias redistributivas de los copagos se manifiestan unánimemente en los estudios, al afectar de forma diferente a la población: los más vulnerables (menor renta y mayores necesidades asistenciales) reducen más que proporcionalmente su acceso al sistema cuando se implanta un copago.

## **PAY-FOR-PERFORMANCE IN DISEASE MANAGEMENT: A SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE**

Simone R de Bruin, Caroline A Baan and Jeroen N Struijs

National Institute for Public Health and the Environment, Centre for Prevention and Health Services Research, P.O. Box 1, 3720 BA Bilthoven, The Netherlands

### **Abstract**

#### **Background:**

Pay-for-performance (P4P) is increasingly implemented in the healthcare system to encourage improvements in healthcare quality. P4P is a payment model that rewards healthcare providers for meeting pre-established targets for delivery of healthcare services by financial incentives. Based on their performance, healthcare providers receive either additional or reduced payment. Currently, little is known about P4P schemes intending to improve delivery of chronic care through disease management. The objectives of this paper are therefore to provide an overview of P4P schemes used to stimulate delivery of chronic care through disease management and to provide insight into their effects on healthcare quality and costs.

#### **Methods:**

A systematic PubMed search was performed for English language papers published between 2000 and 2010 describing P4P schemes related to the implementation of disease management. Wagner's chronic care model was used to make disease management operational.

Results:

Eight P4P schemes were identified, introduced in the USA (n = 6), Germany (n = 1), and Australia (n = 1). Five P4P schemes were part of a larger scheme of interventions to improve quality of care, whereas three P4P schemes were solely implemented. Most financial incentives were rewards, selective, and granted on the basis of absolute performance. More variation was found in incented entities and the basis for providing incentives. Information about motivation, certainty, size, frequency, and duration of the financial incentives was generally limited. Five studies were identified that evaluated the effects of P4P on healthcare quality. Most studies showed positive effects of P4P on healthcare quality. No studies were found that evaluated the effects of P4P on healthcare costs.

Conclusion:

The number of P4P schemes to encourage disease management is limited. Hardly any information is available about the effects of such schemes on healthcare quality and costs.

<http://www.doctorsandmanagers.com/adjuntos/303.1-pay%20for%20performance%20bruin%20baan%20struijs.pdf>

## **IMPORTANTES DIFERENCIAS ENTRE FACULTADES DE MEDICINA. IMPLICACIONES PARA LA MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA**

Beatriz González Lopez-Valcarcel<sup>a</sup>, Vicente Ortún<sup>b</sup>, Patricia Barber<sup>a</sup>, Jeffrey E. Harris<sup>c d</sup>.

<sup>a</sup> Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España

<sup>b</sup> Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES) y Departamento de Economía y Empresa, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España

<sup>c</sup> Departamento de Economía, Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, Massachusetts, Estados Unidos

<sup>d</sup> Providence Community Health Centers, Providence, Rhode Island, Estados Unidos

Objetivo

Contrastar si hay diferencias significativas entre universidades en la proclividad a elegir medicina de familia y comunitaria (MFyC), dadas las restricciones impuestas por el número de elección. Contrastar la hipótesis de que las facultades que tienen la MFyC como asignatura obligatoria en el grado (3 de 27) presentan mayor predilección por esta especialidad.

Diseño

Estudio observacional sobre el archivo de datos individuales de elección de plaza MIR en las convocatorias 2003-2011.

Participantes

Todos los que se presentaron al examen MIR en las convocatorias 2003-2011.

Mediciones principales

Posición en el ranking de cada candidato, plaza elegida (especialidad y centro), código postal de residencia, sexo, nacionalidad y universidad en la que se ha formado, y código postal del lugar escogido para la residencia.

Resultados

Porcentaje de elección de MFyC está muy correlacionado con la posición en el ranking: 8% de los licenciados por la «mejor» universidad, y 46% para la última. Hay diferencias muy notorias y consistentes en la preparación para el MIR entre las 27 facultades de medicina. Ranking en el examen, sexo femenino y ser extranjero ayudan a pronosticar la elección de MFyC. La

obligatoriedad de currículum de MFyC de 3 universidades no parece influir en la elección de la especialidad.

#### Conclusiones

La conveniente competencia por comparación entre las facultades, su currículum de MFyC, así como la insistencia en los atributos más atractivos de la especialidad pueden contribuir a la necesaria renovación de la MFyC.

Aten Primaria. 2014;46:140-6. DOI: 10.1016/j.aprim.2013.08.004

Texto completo: <http://www.elsevierinstituciones.com/ei/0212-6567/46/140>