

Los pacientes son el combustible del sistema sanitario (o así parece, al menos)

Fleetcroft R, Cookson R.

Do the incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect likely population health gains? J Health Serv Res Policy. 2006;11:27-31.

Marco

Vivimos una temporada de interés por el pago por rendimiento (*pay for performance*, PXP) y los ingleses están dispuestos a liderar el mundo al respecto. Es una cosa, el PXP, sin mucho fundamento científico, todo lleno de buenas intenciones y de mejores promesas, pero que en la práctica nadie sabe si sus beneficios compensarán sus perjuicios. Los autores se preguntan, en concreto: ya que se trata de pagar el rendimiento, y sobre todo el esfuerzo, la carga de trabajo, ¿hay alguna relación entre esto y el impacto en salud de la población?

Tipo de estudio

Descriptivo lógico, con explotación de resultados de publicaciones previas.

Material y métodos

Los autores partieron de los 151 indicadores de calidad que firman los médicos generales ingleses, que sirven para incentivar su trabajo. Son indicadores clínicos (81 en total), de organización (56), servicios extras (10) y de valoración del paciente (4). Los indicadores tienen un pago por puntos, según cumplimiento, que da lugar a un máximo de 1.050 puntos (550 se asignan según el rendimiento clínico). Para un centro de salud "típico" inglés, con tres médicos a tiempo completo y 5.550 pacientes, el incentivo máximo por los indicadores clínicos puede llegar a los 95.000 euros brutos por año (a unos 173 euros brutos por punto). Lo que se pretende es premiar el rendimiento, entendido como la carga de trabajo (el volumen y cantidad) para el médico general. Los autores complementan estos datos con los procedentes del estudio de McColl y colaboradores (1), muy conocido y relevante, en el que se estimó la ganancia en salud de ocho intervenciones médicas. Estos datos de impacto en salud se refieren fundamentalmente a las áreas clínicas cardíacas. La revisión del *King's Fund* de indicadores de salud en atención primaria valoró los de McColl y colaboradores como basados en pruebas y ligados al resultado en salud (2). De hecho, son los únicos indicadores que cumplen las cinco condiciones necesarias marcadas por Dixon y colaboradores para indicadores en atención primaria (3). Para calcularlos se parte de datos clínicos rutinarios en la atención de los pacientes afectados, y se calcula el probable impacto en salud de una determinada intervención en un problema sanitario concreto, según las muertes evitadas por año en una población de 100.000 habitantes en la que se dé la prevalencia e incidencia habitual del problema considerado. Se comparó este resultado previsible con el incentivo estimado para el indicador correspondiente. Se pretendió, pues, valorar si hay concordancia entre los incentivos, la carga de trabajo, y la probable ganancia en salud.

Resultados

Las muertes potencialmente evitables por 100.000 habitantes y año son para las ocho intervenciones estudiadas, en orden decreciente, 308 (uso de IECA en pacientes con insuficiencia cardíaca), 146 (vacuna antigripal en mayores de 65 años), 120 (consejo breve antitabaco y preparados de nicotina), 71 (cribaje, seguimiento y tratamiento de la hipertensión), 48 (uso de aspirina en la isquemia coronaria), 33 (uso de anticoagulantes en fibrilación auricular), 14 (uso de estatinas en la isquemia coronaria, prevención secundaria), y 3 (uso de

estatinas sin isquemia coronaria, prevención primaria). Los incentivos monetarios máximos anuales para un centro de salud "típico" van de unos 25.500 euros brutos para la hipertensión, a los cero euros para la prevención primaria con estatinas. Para el uso de IECA, unos 3.500, y para la prevención secundaria con estatinas, unos 4.000, y para el consejo breve contra el tabaco, unos 5.250. Los autores concluyen que hay una disociación entre los incentivos monetarios del pago por rendimiento y el probable impacto en salud de las actividades que se financian. Lo que se paga es la carga de trabajo (como se pretendía con el pago por rendimiento), no el beneficio en la salud de la población.

Fuente de financiación: No consta.

Dirección para correspondencia: r.fleetcroft@uea.ac.uk

COMENTARIO

En la organización de los servicios sanitarios hay una retórica constante en la que se pone al paciente siempre como eje del sistema. Aparentemente, pues, el sistema sanitario existe para resolver las necesidades sanitarias de la población. Cabe preguntarse si esa retórica se corresponde con algo más que palabras o, incluso, si en la práctica incluso la situación es inversa. Los resultados de este trabajo confirman que la organización sanitaria trabaja hasta cierto punto para sí misma, y al establecer un sistema de incentivos por rendimiento lo hace según la carga de trabajo, en abierta contradicción con los resultados esperables en el impacto en la salud de la población. Es decir, lo que se paga es el trabajo en sí mismo, no su beneficio. Buen ejemplo es que se "sobrepague" el cribaje, seguimiento y tratamiento de la hipertensión, una actividad que llena las consultas médicas y sobrecarga todo el sistema sanitario, pero que obtiene escasos beneficios en salud, comparada con otras actividades tan simples como el uso de IECA en la insuficiencia cardíaca o el consejo breve contra el tabaco. Parece, pues, que los pacientes son el combustible del sistema sanitario.

Juan Gérvas

Médico de Canencia de la Sierra (Madrid)
Equipo CESCA, Madrid

(1) McColl A, Roderick P, Gabby J, Smith H, Moore M. Performance indicators for primary care: an evidence based approach. *BMJ*. 1998;317:1354-60.

(2) Greenhalgh T, Eversley J. *Quality in General Practice*. London: King's Fund Publishing; 1999.

(3) Dixon M, Sweeney K. *A practical guide to Primary Care Groups and Trusts*. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2000.