

GUÍAS DE ÉTICA EN LA PRÁCTICA MÉDICA

Ética de los incentivos a profesionales sanitarios



GUÍAS DE ÉTICA EN LA PRÁCTICA MÉDICA

Ética de los incentivos a profesionales sanitarios



Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del copyright, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, electrónico o mecánico, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático.

© Fundación de Ciencias de la Salud y

© Los autores: Francesc Borrell, Fernando Carballo, Ignacio Gadea, Juan Gérvás, Diego Gracia, Ricard Gutiérrez Martí, Rafael Matesanz, Vicente Ortún, Juan José Rodríguez Sendín, José Antonio Seoane, José Manuel Solla

Fundación de Ciencias de la Salud

Plaza de Carlos Trías Bertran, 4 - 2ª planta. 28020 Madrid

Tel.: +34 91 353 01 50. Fax: +34 91 350 54 20

email: info@fcs.es web: www.fcs.es

Edición: Ergon. C/ Arboleda, 1. 28221 Majadahonda (Madrid)

ISBN Obra completa: 978-84-8473-402-4

ISBN Tomo 4: 978-84-8473-816-9

Depósito Legal: M-52531-2009



Grupo de trabajo

DIRECTORES

Diego Gracia

Catedrático de Historia de la Medicina, Universidad Complutense y Director del Máster en Bioética de la misma. Miembro de la Real Academia de Medicina. Presidente de la Fundación de Ciencias de la Salud.

Juan José Rodríguez Sendín

Médico Titular. Equipo de Atención Primaria de Noblejas. Toledo. Presidente del Consejo de Colegios Oficiales de Médicos. Madrid.

AUTORES

Francesc Borrell Carrió

Profesor de la Facultad de Medicina. Universidad Barcelona. Departament de Ciències Clíniques. Doctor en Medicina, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Gavarra, ICS. Barcelona.

Ricard Gutiérrez Martí

Vicepresidente del Consejo de Colegios Oficiales de Médicos. Madrid.

Rafael Matesanz

Director de la Organización Nacional de Trasplantes. Madrid.

Fernando Carballo Álvarez

Profesor Titular de Medicina. Jefe del Servicio de Medicina Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Vicente Ortún

Director del Centro de Investigación en Economía y Salud. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona

Ignacio Gadea

Servicio de Microbiología Clínica. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

José Antonio Seoane

Profesor Titular de Filosofía del Derecho. Universidad de La Coruña. Experto en Bioética Sanitaria. Miembro del Comité de Ética Asistencial del Hospital Juan Canalejo. A Coruña.

Juan Gérvas

Médico de Canencia de la Sierra (Madrid). Coordinador del Equipo CESCA. Profesor de Atención Primaria en la Escuela Nacional de Sanidad. Madrid.

José Manuel Solla

Médico General. Centro de Salud de Allariz. Ourense.



Índice

I Primera parte

Conceptos generales	1
– <i>Introducción</i>	1
– <i>El método de análisis de casos</i>	2
1. Los hechos	2
2. Los valores	3
3. Los deberes	4
4. Las normas	4
– <i>¿Qué son incentivos?</i>	5
Primer nivel: las reglas sociales de juego	6
Segundo nivel: las formas organizativas y el grado de competencia de las Instituciones Sanitarias	6
Tercer nivel: incentivos individuales o de grupo, bajo forma de promoción, prestigio, estabilidad, satisfacción, dinero, etc.	6
– <i>¿Son lícitos los incentivos en Medicina?</i>	9
– <i>Los incentivos en el interior de las Instituciones Sanitarias: los sistemas de “gestión de uso”</i>	12
– <i>Incentivos provenientes de proveedores externos del sistema: la ética del marketing</i>	21
– <i>Por una ética de la responsabilidad en la gestión de los incentivos profesionales</i>	25

II Segunda parte

Los incentivos en Atención Primaria	31
– <i>Problema 1:</i> Incentivos por mejora de la atención clínica domiciliaria en el final de la vida	31
– <i>Problema 2:</i> Incentivos por el uso de medicamentos específicos en el cuidado de enfermos terminales	37
– <i>Problema 3:</i> Incentivos por mejora en la prevención	42
– <i>Problema 4:</i> Incentivos por mejora de la prescripción farmacéutica, con ahorro en los costes mediante el fomento del uso de genéricos	48
– <i>Problema 5:</i> Incentivos que pretenden mejorar la calidad del proceso de atención	52
– <i>Problema 6:</i> Incentivos a los médicos que pertenecen a los “grupos de expertos” de sus sociedades científicas	57
– <i>Problema 7:</i> Incentivos económicos ligados al ahorro en centros de salud con autonomía de gestión	62
– <i>Problema 8:</i> Profesionales incentivados por la calidad de sus registros	67

III Tercera parte

Los incentivos en Atención Especializada	73
– <i>Problema 9:</i> Modificación incentivada de la actuación médica ante posibles donantes	73
– <i>Problema 10:</i> Modificación de la práctica clínica a través de “regalos” de pacientes y familiares	76
– <i>Problema 11:</i> Incentivación de tratamientos a pacientes	78
– <i>Problema 12:</i> Promoción irregular del personal en Instituciones Sanitarias	81
– <i>Problema 13:</i> Prácticas de autopromoción en Servicios Clínicos	84
– <i>Problema 14:</i> Incentivos intangibles ligados a innovación tecnológica	87
– <i>Problema 15:</i> Incentivos ligados a la adhesión a tipos de gestión y no a resultados	90



IV Cuarta parte

Los incentivos en la medicina privada	93
– <i>Problema 16</i> : ¿Es lícito incentivar la limitación del esfuerzo diagnóstico en aras de la eficiencia?	93
– <i>Problema 17</i> : ¿Es lícita cualquier forma de incentivación del alta precoz?	95
– <i>Problema 18</i> : ¿Es lícita la incentivación del uso de tratamientos más baratos?	98
– <i>Problema 19</i> : ¿Es lícito incentivar la derivación de pacientes de consultas privadas a centros determinados para la realización de pruebas complementarias?	102

V Quinta parte

Incentivos provenientes de la Industria Farmacéutica y otros proveedores sanitarios	105
– <i>Problema 20</i> : Los proveedores y sus incentivos	105
 Apéndice documental	 115



Conceptos generales

INTRODUCCIÓN

La ética de los incentivos profesionales es frecuente tema de debate y polémica. Cuando éste tiene lugar, aparecen pronto dos posturas extremas. Una, la rigorista, tiende a demonizar cualquier tipo de incentivo, considerándolo intrínsecamente perverso. En el extremo opuesto están quienes no se hacen cuestión ética de los incentivos y consideran que cuantos más, mejor. El debate suele orientarse a la búsqueda de una postura intermedia. Como Ulises, se pretende encontrar una ruta que permita la navegación entre el Escila del rigorismo y el Caribdis del laxismo. Es lo que hoy suele conocerse con el nombre de “ética de la responsabilidad.” El objeto de esta *Guía* es analizar, partiendo de casos concretos, los conflictos de intereses y valores más frecuentes en el tema de los incentivos, y el modo más prudente o responsable de resolverlos. Unas veces la solución óptima será la intermedia, y otras habrá que elegir cursos más extremos. El objetivo de la ética no es establecer principios rígidos a los que tengan que adecuarse siempre las situaciones concretas sino buscar en cada caso concreto la solución mejor. La ética no trata de lo bueno sino de lo mejor, de lo óptimo. Nada distinto de eso puede considerarse éticamente correcto.

Desde el comienzo queremos advertir que ésta no es una *Guía* jurídica sino de ética, razón por la cual busca orientar al profesional en la resolución de los conflictos morales o conflictos de valores relacionados con los llamados incentivos profesionales. Estamos convencidos de que el buen manejo de los conflictos morales hace posible la búsqueda de soluciones que optimicen los valores en juego y eviten la progresión de los conflictos, hasta traspasar los límites estrictamente legales y convertirse en procesos judiciales.

En esta *Guía* procederemos con el mismo método ya utilizado en las tres precedentes, la de *Intimidad, confidencialidad y secreto*, la de *Ética en cuidados paliativos* y la de *Ética de la objeción de conciencia*. Partiremos del análisis de casos paradigmáticos, si bien no pretendemos elaborar una colección de recetas para casos

conflictivos, de tal modo que el profesional acuda a ella para ver simplemente la solución del caso. Nos parece que eso es poco útil, porque nunca podremos identificar y analizar todos los casos, ni tener en cuenta todas las circunstancias posibles, razón por la cual es probable que el lector no encuentre en esta *Guía* la respuesta a su caso particular.

Por eso, entendemos que lo mejor es aplicar un método o un procedimiento de análisis de conflictos éticos, de tal modo que a través de la *Guía* el profesional aprenda a utilizarlo y pueda luego ensayarlo en la resolución de su caso concreto. Por otra parte, la *Guía* no pretende “solucionar”, dar soluciones hechas. Lo que busca es decir a quien la consulte cómo hemos deliberado nosotros sobre los casos. Pero está claro que el lector puede considerar esa deliberación no correcta y hacer la suya propia. En última instancia, el responsable de la decisión es el propio implicado, y por tanto él es quien tiene la última palabra sobre el caso y su solución. En esto sucede como en las sesiones clínicas: el médico responsable que presenta un caso clínico lo hace para oír las opiniones de sus compañeros, convencido de que ello le permitirá mejorar su propia decisión, pero teniendo claro que la decisión final es responsabilidad suya, y que puede darse el caso de que al final decida algo distinto a lo que se ha dicho en la sesión clínica.

Lo que intentamos, por consiguiente, no es tanto resolver casos cuanto contribuir a la formación del profesional en el manejo de conflictos éticos; en esta guía, nos referimos concretamente a los conflictos éticos relacionados con los incentivos y regalos.

El método de análisis que proponemos es el de la *deliberación*, tan antiguo como la propia ética. El objetivo de la deliberación es la toma de decisiones prudentes o razonables. No se trata de que todo el mundo adopte la misma decisión ante un caso concreto, sino que todos, tomen la que tomen, lleguen a decisiones prudentes. Se trata de incrementar la prudencia de las decisiones elegidas, aunque éstas no coincidan entre sí. El hecho de que las decisiones varíen entre las personas no es un problema grave, siempre y cuando todas sean prudentes, razonables o ponderadas. La deliberación es un procedimiento que intenta enriquecer el análisis a fin de incrementar la prudencia.

EL MÉTODO DE ANÁLISIS DE CASOS

1. *Los hechos*. La deliberación ha de partir de unos “hechos”. En el caso de la medicina, la base de todo el proceso son unos hechos, bien “clínicos”, bien “profesionales”. De ahí que la primera parte del método consista siempre en describir y analizar con todo cuidado los hechos del caso, porque los errores en la apre-



ciación de los hechos los arrastraremos necesariamente en todos los pasos ulteriores del análisis. Sin unos hechos bien establecidos y documentados, todo lo demás sobra. Por tanto, es conveniente que el análisis comience siempre aclarando los hechos o datos del caso.

2. *Los valores.* La deliberación tiene por objeto identificar el curso óptimo ante un conflicto. Cuando no hay conflicto, no es necesario deliberar. La deliberación moral propone buscar el curso óptimo de solución de un conflicto moral. Y un conflicto moral es siempre y necesariamente un conflicto de valores. El término valor se utiliza aquí por su gran amplitud y su máxima ambigüedad. Llamamos valor a la cualidad que hace importantes las cosas a los seres humanos y que les exige su respeto. Así, la vida es un valor, la salud, el amor, la justicia, la paz, la amistad, la belleza, el placer son valores, como lo son también las creencias religiosas, las tradiciones de las personas, etc. El lenguaje de los valores abarca otros muchos lenguajes con los que estamos familiarizados. Al lenguaje de los valores pueden traducirse otros muy frecuentes en el mundo de la ética, como son el lenguaje de los derechos humanos o, en el caso de la bioética, el lenguaje de los cuatro principios. Todos los derechos humanos son valores. Y los principios, también. Aunque no es recomendable reducir todo el juego moral al conflicto entre los cuatro principios, por su carácter excesivamente simplificador. Los principios son valores, pero no todos los valores son principios. Lo mismo cabe decir de los derechos. Si la deliberación tiene por objeto saber cuál es la solución óptima de un conflicto moral, y si el conflicto moral es siempre y necesariamente un conflicto de valores, resulta que un punto fundamental del método de la deliberación es la identificación de los valores en conflicto. Para que haya conflicto, tiene que haber dos o más valores que nos exijan respeto y que se opongan entre sí, o que no sea posible tomar en consideración a la vez. En medicina es frecuente que uno de los valores en conflicto sea la vida, y otro la decisión del paciente, o la escasez de recursos, o sus creencias religiosas, etc. En todo suceso humano, y con más razón en toda historia clínica, hay involucrados muchos valores distintos. Es una buena práctica la de identificar todos los valores que intervienen en una situación concreta, o al menos los principales. Esto puede hacerse elaborando una tabla o lista de valores, a semejanza de la lista de problemas de la historia clínica por problemas. Es importante distinguir la “tabla de valores” presentes o involucrados en el caso, del “conflicto de valores” que vamos a someter a análisis. No hay duda de que los valores son la base de las obligaciones morales. Pero no todos los valores entran en con-

flicto entre sí, ni tampoco juegan un papel significativo en el conflicto que inquieta o preocupa en ese momento a una persona determinada. De ahí que la tabla de valores tenga por objeto poder identificar luego con facilidad qué valores son los que están en conflicto en un momento determinado, y cuáles no. De este modo, podremos definir con precisión los valores de los que vamos a ocuparnos en el análisis, poniendo los demás entre paréntesis. Si no se procede así, es frecuente que en los procesos de deliberación cada uno hable de un valor distinto, con lo cual es más difícil avanzar en un debate racional y llegar a una conclusión concreta. En esta *Guía* vamos a prescindir de la tabla de valores, ciñéndonos a la identificación del conflicto de valores y a explicitar los valores que entran en conflicto entre sí. Sólo de ese modo será posible, después, definir cuáles son nuestros deberes.

3. *Los deberes.* La ética es una disciplina práctica: siempre tiene por objeto hacer, tomar decisiones. Y la cuestión es saber qué decisión debemos tomar, es decir, qué debemos hacer. Lo que debemos hacer es siempre lo mismo, realizar valores positivos o lesionarlos lo menos posible. De ahí que una vez identificados los valores en conflicto en un caso concreto, tengamos que buscar las salidas que tiene ese conflicto. Esto es lo que técnicamente se denominan “cursos de acción”. Hemos de identificar los cursos de acción posibles. Somos muy proclives a reducir los cursos de acción a dos, extremos y antitéticos. Es un error. Ya dijo Aristóteles que la solución más prudente suele estar en el medio. Pero como los cursos extremos son siempre más claros, es conveniente identificarlos primero (consistirán necesariamente en la opción por cada uno de los valores en conflicto con la lesión completa del otro), para luego ver qué cursos intermedios somos capaces de hallar. Conviene esforzarse por identificar el mayor número posible de cursos intermedios. Luego habremos de elegir entre ellos el que consideramos óptimo, que será necesariamente aquel que lesione menos los valores en conflicto, y que generalmente combinará y armonizará varios cursos de acción intermedios.
4. *Las normas.* El procedimiento anterior sirve para el análisis y resolución de conflictos éticos. Hasta ahora no hemos apelado en ningún momento a la norma jurídica, al derecho. El objetivo de la ética es la búsqueda de la solución óptima, que es siempre la que lesiona menos los valores en conflicto. Cuando tratamos a un paciente estamos obligados a buscar para él la solución mejor, no simplemente una que no sea mala.



Esto hace que el enfoque ético y el jurídico sean sensiblemente distintos. Aunque el derecho tiene también una función promotora de valores, una de sus funciones básicas es evitar conflictos sociales mediante el establecimiento de límites al libre ejercicio de la autonomía, de tal modo que cuando se traspasan esos límites se está infringiendo la ley. Son dos perspectivas distintas, aunque sin duda se hallan muy relacionadas entre sí. No en vano la ética y el derecho son los principales sistemas normativos que tiene toda sociedad.

Pues bien, aunque nuestro objetivo es el análisis ético de los problemas, no el jurídico, es claro que al final del proceso debemos contrastar nuestra decisión con la norma jurídica, a fin de asegurar que no traspase o vulnere los límites establecidos por el derecho. Por ello, la *Guía* incluye un apéndice general en donde se da cuenta de la legislación y la jurisprudencia sobre ese tema, así como otros documentos o textos normativos de interés.

En resumen, el procedimiento de análisis de “casos” (o conflictos éticos) que proponemos consta de los pasos que figuran en la Tabla I.

TABLA I. Procedimientos de análisis de conflictos éticos

- Presentación del “caso” objeto de análisis
- Aclaración de los “hechos” propios del caso (tanto datos objetivos como subjetivos)
- Identificación de los “valores” en conflicto en el caso
- Estudio de los “cursos de acción” posibles
- Identificación del (o de los) “curso(s) óptimo(s)”
- Conocimiento del marco “jurídico” de la decisión

¿QUÉ SON INCENTIVOS?

El diccionario de la RAE define el incentivo de la siguiente manera: “Estímulo que se ofrece a una persona, grupo o sector de la economía con el fin de elevar la producción y mejorar los rendimientos.” Hay dos cosas que no dice. Primera, que el estímulo tenga que ser siempre económico. Y segundo, que se ofrezca para ahorrar dinero. Se trata de un estímulo, del tipo que sea, ofrecido a una persona o grupo de personas, con el fin de elevar la producción o mejorar su rendimiento. Cabría perfeccionar aún algo la definición, añadiendo que también puede tener por objeto el premio a quienes han cubierto los objetivos y actuado excelentemente, como señal de reconocimiento de su buen hacer profesional, estableciendo una cierta diferencia entre ellos y quienes no han actuado de ese modo.

Definir qué es un incentivo no es tarea fácil. De hecho, son posibles distintas caracterizaciones, según el tipo de enfoque que se utilice. Desde el punto de vista socio-económico, cabe considerar incentivo a cualquier factor que proporciona un motivo para una acción u omisión y explica que se prefiera la opción elegida a sus alternativas. Es, como se ve, una caracterización amplia, que engloba tipos de incentivos muy distintos que cabe organizar en tres niveles:

- *Primer nivel: las reglas sociales de juego.* En Sanidad las reglas sociales de juego las define, en primer lugar, el Estado, y secundariamente el mercado. En este nivel, hay tres factores de particular importancia: el modo como se halla configurado nuestro Estado de bienestar (que parece necesitado de reorientación en puntos importantes a fin de que sus prestaciones se perciban como justas y por tanto incentivantes), las normas profesionales clínicas (que hacen del médico no sólo un curador o cuidador sino también un importante gestor de recursos, y pueden incentivarle tanto positiva como negativamente) y las relaciones del Sistema Sanitario con sus proveedores externos (lo que plantea los problemas de articulación de un sistema de atención médica preponderantemente público y orientado a la promoción del bien común con unas empresas proveedoras que son privadas y que por tanto tienen un legítimo ánimo de lucro).
- *Segundo nivel: las formas organizativas y el grado de competencia de las Instituciones Sanitarias.* El hecho de que el Sistema Sanitario español sea preponderantemente público hace que en él predominen las formas organizativas burocráticas, poco eficientes. Ante la necesidad de mejorarlas, deben ensayarse organizaciones alternativas. Éstas pasan por la descentralización, la mayor autonomía de los centros sanitarios respecto de los poderes políticos, la mejor distribución de funciones entre los miembros de los equipos sanitarios, la introducción de competencia dentro del propio sistema público, por más que sea casi un monopolio, a través de la evaluación y comparación de servicios. Los centros que cuentan con instrumentos de gestión menos burocratizados, más flexibles y competitivos, muestran una mayor eficiencia en los indicadores más consolidados en el sector (estancia media y coste ajustados).
- *Tercer nivel: incentivos individuales o de grupo, bajo forma de promoción, prestigio, estabilidad, satisfacción, dinero, etc.* En este tercer nivel los incentivos están referidos a personas y pretenden el cambio positivo de sus comportamientos. Entre tales incentivos se encuentran los educacionales, los de mejora de las condiciones de ejercicio, los estímulos financieros, etc. Salario, capitación y acto son las tres peores formas de compensación conocidas, de ahí la necesi-



dad de articularlos con otros factores, lo que da lugar a los llamados sistemas mixtos. Los salarios no generan, como el pago por acto, la prestación excesiva de servicios, ni tampoco la selección de riesgos, como sucede en el sistema de capitación, pero precisamente por no estar vinculados con los resultados, pueden generar el que los médicos pongan poco esfuerzo en su trabajo. Esto puede corregirse mediante mecanismos como la *resource-value scale* e incorporar la carrera profesional, la forma de promoción horizontal más adecuada en entornos profesionales, que requiere una mezcla de evaluación objetiva y subjetiva así como una distinción entre atributos del profesional y atributos del puesto desempeñado. Los pagos por capitación incentivan la reducción de costes por parte del médico, pero también le inducen al no tratamiento de aquellos pacientes que sean muy costosos y a reducir la calidad de los servicios prestados. Los pagos por acto parecen aliviar los problemas de escaqueo pero pueden conducir a una prestación de servicios excesiva. En general, existe un consenso bastante generalizado en la literatura económica, que si se quieren equilibrar óptimamente los objetivos de reducción de costes y garantizar unos estándares de calidad, es necesario combinar pagos puramente prospectivos con un reembolso parcial de los costes; en definitiva, que debe emplearse un sistema de pagos mixto. Uno de ellos ha sido el llamado “pago por resultados o calidad” (P4P), puesto a punto en Australia en 1994. Pero ha recibido muy duras críticas, dado que la corrección en medicina no se mide por los resultados sino por la adecuación de medios aplicados. Ante la dificultad de medir la calidad del ejercicio médico de modo correcto, las Consejerías de Salud de las CCAA y el MSC establecen sistemas de incentivos basados en indicadores muy discutibles, sin llevar a cabo ningún tipo de evaluación de calidad.

Además de su dimensión socioeconómica, los incentivos tienen otra estrictamente ética, que es preciso definir. Los incentivos pueden ser económicamente adecuados y moralmente criticables, y viceversa. También los hay económica y moralmente correctos. Más cabe decir, y es que el incentivar es una obligación moral de todo dirigente o gestor, de modo que la no incentivación, y sobre todo la desincentivación debe verse como lo que es, el incumplimiento de unas obligaciones que genera en los profesionales un sentimiento mayor o menor de “desmoralización”.

Analizados desde la ética, los incentivos son de dos tipos, según afecten al principio de beneficencia o al de justicia. Cuando se trata de prestaciones gratuitas, no obligatorias en justicia, son actos que deben ser juzgados de acuerdo con el principio ético de beneficencia. En este caso incentivo viene a ser sinónimo de regalo,

algo tan antiguo como la propia medicina. En efecto, al analizar su historia, se comprueba, no sin sorpresa, que el regalo ha sido una constante a lo largo de toda ella. La razón de esto hay que buscarla en algo que encierra gran contenido simbólico y ético. Las culturas han valorado siempre la salud muy positivamente, hasta el punto de considerarla superior a todos los bienes materiales. Este es el origen de expresiones populares, como la que afirma que “la salud no tiene precio”. Con ello no quiere decirse que no cueste dinero, sino que su valor se considera cualitativamente superior a cualquiera de los llamados valores materiales. Esto significa que cuando el médico consigue restaurar la salud de una persona, eso que hace no puede medirse en términos económicos o pagarse con dinero. De ahí que al médico no se le retribuya conforme al criterio de la justicia conmutativa, según el cual el intercambio privado de bienes debe hacerse en valor igual, de tal modo que ninguna de las partes resulte perjudicada. En el caso de la medicina se considera que eso no es posible, y tal es la razón de que el pago que tradicionalmente se ha hecho a los médicos haya tenido la consideración de “honorario”, es decir, de cantidad otorgada en concepto de honor, y por tanto con conciencia clara de que no se le retribuía como él merecería en justicia. De ahí que el paciente quedara siempre en una cierta situación de deuda, que intentaba compensar mediante ciertos signos externos de agradecimiento, como eran los pequeños presentes y regalos en fechas señaladas del año. En la actualidad todo esto ha dejado de tener vigencia social, debido a que la asistencia sanitaria se ha convertido en un asunto público, que como tal no se rige por el principio de justicia conmutativa sino por los de justicia distributiva y social. En cualquier caso, siguen siendo frecuentes las situaciones en las que los profesionales sanitarios actúan con una diligencia y entrega que va más allá de los límites exigidos por las meras relaciones de justicia, y que los pacientes intentan compensarse con muestras de agradecimiento de distinto tipo. Estos presentes, que no se rigen por el principio ético de justicia sino por el de beneficencia, son los que deben denominarse regalos, en tanto que prestaciones voluntarias no exigibles en justicia. Ni que decir tiene que sirven o pueden servir para incentivar a los profesionales, y que por tanto constituyen un tipo de incentivo. Es el regalo como incentivo. En sí no puede considerarse moralmente negativo o perverso, por más que en determinadas situaciones pueda llegar a serlo.

Pero los incentivos no son las más de las veces regalos o premios, sino compensaciones por el buen ejercicio profesional. En tal caso el principio ético en juego es el de justicia, que en el caso de la asistencia pública ha de ser el de justicia distributiva. Dado que no todas las personas trabajan del mismo modo, ni son igual



de eficaces y eficientes en su actividad, es lógico que la retribución sea proporcional a lo que hacen. Se trata de una aplicación del principio de justicia distributiva, que desde antiguo se dice que viene regido por el criterio de proporcionalidad. La famosa frase de Marx: “De cada uno, según su capacidad; a cada uno, según su necesidad”, podría transformarse en esta otra: “De cada uno, según su capacidad; a cada uno, según su mérito”. Este segundo modo de incentivo es el propio de lo que se llama retribución variable o participación en los beneficios. Esto, naturalmente, tiene aplicación directa en la empresa privada. En la pública se ha introducido últimamente, como retribución por objetivos.

El incentivo, ¿es un regalo o una prestación en justicia? Puede ser ambas cosas. El término incentivo admite ambas interpretaciones y de hecho se usa en las dos. El problema es que a veces se hace pasar por regalo lo que es de justicia, y viceversa. Todo esto, como veremos inmediatamente, tiene consecuencias importantes.

¿SON LÍCITOS LOS INCENTIVOS EN MEDICINA?

El problema ético de los incentivos está directamente relacionado con la dificultad de definir con precisión el tipo de actividad que desarrolla el profesional sanitario, y, más concretamente, el médico. ¿Se trata de un comercio como cualquier otro, sujeto a las reglas del libre mercado? Siempre se ha respondido que no. Pero si no es eso, ¿qué es? En economía, lo opuesto al libre mercado es el monopolio. Y, en efecto, la gran acusación de la economía liberal a la medicina ha sido que funcionaba como un monopolio, con el peligro de que la oferta acabe siendo de menor calidad y mayor precio que la que se conseguiría en el libre mercado. Tal fue, por ejemplo, la tesis de Adam Smith, y tal también la raíz de su polémica con los mejores médicos de su tiempo.

De todos es conocido que el mayor monopolio es el Estado. No tiene competencia externa posible. De ahí que los sistemas de incentivación hayan de ser internos, como la evaluación y comparación entre servicios, centros, etc. Y si, como sucede en prácticamente todos los países desarrollados, la asistencia sanitaria tiene carácter público y obligatorio, entonces está claro que se ejerce de modo monopolístico, lo que dificulta la medida de la competencia y la consiguiente promoción de incentivos. La diferencia con los monopolios tradicionales está en que ahora el profesional no es el empresario sino el trabajador, el asalariado. Pero como la medicina es tan peculiar, resulta que esto tampoco es del todo así, porque los médicos tienen, no todos, pero sí muchos, estatuto propio, son “personal estatutario.” Lo cual significa que no son ni empresarios ni trabajadores. ¿Qué son? Se dice que profesionales. Pero esto que parece aclarar las cosas, no hace sino complicarlas un poco más.

¿Qué es un profesional? Desde el punto de vista económico, que es el que aquí nos interesa, alguien que no busca el lucro personal en su actividad; o dicho de otro modo, alguien cuya actividad no busca primaria ni directamente el lucro. Por eso se las suele llamar “actividades sin ánimo de lucro.” La ética de los profesionales tiene reglas muy especiales, distintas de la que se ha llamado tradicionalmente “moralidad común.” Del profesional se espera que esté disponible a cualquier hora, que busque siempre el mayor beneficio de la persona a la que trate, que no actúe por lucro personal, que guarde secreto de sus actuaciones, etc.

Conviene que aclaremos qué es esto del no ánimo de lucro. No significa que los profesionales sanitarios no trabajen por dinero, ni que no tengan una retribución justa por su trabajo, etc. Instituciones sin ánimo de lucro son aquellas que no buscan directamente el lucro, y que además reinvierten todo el beneficio en la propia actividad o en ayudas sociales. La mayor parte de las Instituciones Sanitarias clásicas eran hospitales, residencias, etc., sin ánimo de lucro. Y las Instituciones Sanitarias públicas carecen también, por definición, de ánimo de lucro.

Es de todo punto evidente que no todas las instituciones sociales pueden no tener ánimo de lucro. Sería imposible. De ahí que la cuestión esté en determinar cuáles pueden o deben tener ánimo de lucro y cuáles no. La tesis marxista es bien conocida: los bienes de producción no deben tenerlo, y esa es la razón de que haya que socializarlos, a diferencia de los bienes de consumo. Por más que a simple vista esta distinción pueda parecer clara, en la práctica no lo es tanto. Por otra parte, hoy nadie o muy pocos defienden esta tesis, aunque sólo sea por una cuestión de “incentivos”, porque en el trabajo socializado o público el incentivo del trabajador disminuye.

La anterior explicación de lo que son actividades con y sin ánimo de lucro está hecha desde el punto de vista económico. Cabe caracterizarlas de otro modo, más directamente relacionado con la ética. Todo lo que el ser humano hace sobre la tierra es añadir valor a las cosas. El trabajo transforma las cosas de la naturaleza, añadiéndoles valor. De ahí que toda actividad humana sea un continuo proceso de valoración y de creación o destrucción de valores. Las actividades con o sin ánimo de lucro también son procesos de creación de valores. Pero muy distintos entre sí. Ello se debe a que hay dos tipos distintos de valores. De una parte están los llamados valores instrumentales o por referencia. Todos los productos técnicos pertenecen a esta categoría. Un fármaco tiene valor, y tal es la razón de que nos cobren por él, pero su valor lo recibe por algo que es externo a él mismo, el hecho de que sirva para curar una enfermedad, o para aliviar un síntoma, etc. Si no fuera útil para eso, diríamos que no sirve para nada. Su valor le viene de fuera, de algo distinto de



él mismo; en este caso, de la salud; decimos que es útil para la salud, etc. El fármaco es un valor por referencia a la salud, y la salud es un valor por sí mismo; por tanto, un valor intrínseco en sí. Para identificar los valores intrínsecos no hay más que pensar por un momento si creeríamos haber perdido algo importante (es decir, algo valioso) caso de que desapareciera de la tierra o lo perdiéramos. Si perdiéramos la salud, creeríamos haber perdido algo importante; algo importante por sí mismo, no por referencia a otra cosa distinta de sí mismo. Esto es un valor intrínseco. Lo mismo que a la salud le sucede a la vida, y a la belleza, la paz, la dignidad, la solidaridad, la justicia, etc.

Hay, pues, valores instrumentales y valores intrínsecos. El valor instrumental por antonomasia es el económico. La moneda no sirve más que como unidad de medida del valor instrumental. De hecho, la moneda no tiene valor intrínseco; sólo posee valor de cambio, es decir, valor instrumental. Los valores intrínsecos, sin embargo, no tienen precio; o mejor, no consisten sólo en precio. Kant dijo que el ser humano tiene dignidad y no sólo precio. La vida tiene precio, pero no sólo precio; tiene dignidad, y la dignidad no puede comprarse ni venderse, no cabe ponderarla económicamente. Lo mismo vale para la salud. De hecho, la sabiduría popular dice que “la salud no tiene precio.” Ésta es característica propia de todos los valores intrínsecos. Una canción de Manolo Escobar dice que “el cariño verdadero, ni se compra ni se vende.” Es seguro que Manolo Escobar no ha leído a Kant, pero tiene claro que los valores intrínsecos no son moneda de cambio. Antonio Machado, que probablemente sí lo conocía, escribió que “todo necio confunde valor [intrínseco] y precio [o valor instrumental].”

Así las cosas, podemos ahora aplicar esta distinción a nuestro tema, el de las actividades con y sin ánimo de lucro. Actividades con ánimo de lucro son todas aquellas que se ocupan de producir y gestionar valores instrumentales. De ahí que en ellas el lucro pueda ser un objetivo, quizá el principal. Ahora bien, el objetivo de las actividades sin ánimo de lucro no es la gestión y promoción de los valores instrumentales sino de los valores intrínsecos. Las actividades que se ocupan de estos valores no se consideran comerciales, precisamente porque el lucro no es el objetivo fundamental. De ahí que sus miembros no desempeñen un oficio sino una profesión. Por eso de los profesionales se espera que no actúen por ánimo de lucro, que su objetivo directo no sea el lucro, sino la gestión del o de los valores intrínsecos que les estén encomendados, la justicia, en el caso del juez, la salud, en el del médico, etc. ¿Quién es, por tanto, un buen profesional? El que sabe gestionar los valores instrumentales propios de su ámbito de trabajo y ponerlos al servicio de los valores intrínsecos.

La salud, decíamos, es un valor intrínseco. Pero los valores intrínsecos son ideales. En este mundo nunca están realizados del todo. La justicia no está completamente realizada, ni la paz, ni la fraternidad, etc. La salud, tampoco. De ahí que el tema de la gestión y promoción de los valores intrínsecos sea más complejo de lo que parece. De hecho, podemos gestionar los valores intrínsecos de modo insensato, imprudente. Por ejemplo, podemos buscar la salud completa y total, evitando el dolor, la vejez, la muerte, etc.; es decir, podemos caer en la obsesión de la salud, en la enfermedad de la salud, y poner al servicio de este objetivo todos los valores instrumentales, toda la tecnología disponible y todo nuestro dinero. Esto acaba siempre mal. Los valores intrínsecos hay que gestionarlos razonable y prudentemente. Ésta es la obligación del sanitario, educar a la población en la gestión prudente y razonable del valor intrínseco salud.

LOS INCENTIVOS EN EL INTERIOR DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS: LOS SISTEMAS DE “GESTIÓN DE USO”

Antes hemos dicho que la salud es un valor intrínseco. Y es verdad. Pero los valores se encuentran realizados en las cosas, en este caso, en los seres vivos y, más concretamente, en las personas, y éstas no sólo soportan valores intrínsecos sino también valores instrumentales. Esto significa que los seres humanos no tienen precio en tanto que tales seres humanos, pero sí lo tienen como soportes de valores instrumentales. Si pierdo la salud, no puedo trabajar, ni por tanto producir valores instrumentales, como son el alimento y tantas cosas más. Esto significa que mi pérdida de salud, que en principio no tiene precio, sí lo posee cuando se ve desde la perspectiva de los valores instrumentales que no puedo realizar. Dicho de otro modo, no hay nada que sea puro valor intrínseco o puro valor instrumental. Y de ahí que el ser humano, por ejemplo, no tenga precio analizado en una perspectiva, pero lo tenga desde la otra.

Si esto es así, resulta que la medicina se mueve en una ambigüedad insuperable. Trata con valores que no tienen precio, pero los instrumentos que utiliza para la protección de esos valores sí lo tienen. De ahí que el médico se halle, en un sentido, más allá de la economía, pero no en otro. Esta ambigüedad es la que ha dado lugar a la expresión inglesa *managed care*. Siempre hay problemas con la traducción de este término: “cuidado dirigido”, “medicina de gestión”, “medicina gestionada”, “gestión de la utilización”, “revisión de la utilización”, “gestión de uso”, etc. Nuestra opción es claramente por la última de esas traducciones. En cualquier caso, ninguna enuncia tan claramente como la expresión inglesa su verdadero sentido. El clínico tiene un doble rol en la relación con el paciente: el de promover un valor



intrínseco, la salud, es decir, el de cuidarle y curarle si ello es posible, el de *carer*, y el de gestionar un valor instrumental, los recursos, es decir, el de *manager*. El primer rol obliga al profesional a hacer lo mejor por su paciente, de acuerdo con el principio ético de beneficencia, y el segundo a gestionar correctamente los recursos, atendiendo a las exigencias del principio de justicia. E inevitablemente surge el conflicto. Hay veces que si busco lo mejor para mi paciente puedo no estar gestionando equitativamente los recursos, y viceversa, si opto por la gestión equitativa de recursos, puedo no estar haciendo lo mejor por mi paciente. ¿Qué hacer, pues?

Hay economistas que no se fían mucho, por no decir nada, de los medios que suele proponer la bioética: analizar todos los factores, deliberar y tomar decisiones prudentes. Son los que cabe llamar fundamentalistas de la economía. Para ellos una cosa vale tanto cuanto alguien está dispuesto a pagar por ella. No hay valores intrínsecos. Todo es puro valor de cambio. La ética trata de promover la gestión adecuada de los valores intrínsecos. La economía busca la mayor eficiencia en la gestión de los valores instrumentales, que a fin de cuentas son todos, porque todos pueden traducirse en unidades monetarias. La vida tiene un valor monetario, y la incapacidad física, etc., etc. De ahí que la tesis de los economistas sea que para ahorrar dinero, más eficaz que reflexionar sobre la integridad profesional, sea incentivar económicamente a los protagonistas. ¿Cómo? Haciéndoles partícipes en las ganancias, es decir, en el ahorro logrado. A mayor ahorro, mayores ingresos de los profesionales. Tal es lo que cabe denominar *Hard Managed Care*, que consiste en manejar las Instituciones Sanitarias como si de empresas con ánimo de lucro se tratara, o como si estuvieran al servicio de puros valores instrumentales y no de valores intrínsecos.

Esto produjo un gran revuelo entre los bioeticistas norteamericanos, hasta el punto que los mayores, los que forman la primera generación, consideraron que el *managed care* era intrínsecamente perverso. Hubo que esperar años para que otros, más jóvenes, tomaran posturas más matizadas y dijeran que no todo *managed care* es perverso, pero que sin duda los hay inaceptables. Para éstos los incentivos no son intrínsecamente malos, pero tienen que establecerse de modo que premien la buena práctica, y no el ahorro sin más. Es lo que cabe denominar *Soft Managed Care*. Lo que se está diciendo con esto es que hay valores intrínsecos que el profesional tiene que respetar, y que los incentivos, que son siempre instrumentales, tienen que hallarse al servicio de los valores intrínsecos y no al revés. Cuando los criterios para distribuir los incentivos no son correctos, la consecuencia es muy grave, porque en vez de incentivar se desincentiva a los profesionales. De ahí que pueda establecerse el siguiente principio: *los incentivos aplicados incorrectamente desincentivan, o producen perversiones en el funcionamiento normal de las empresas, y*

por tanto tienen un efecto negativo y perverso sobre la práctica sanitaria. Vamos a considerar este punto.

En España, como en otros países de nuestro entorno, el sueño de gestores y economistas de la salud es influir en el acto clínico para adecuarlo a criterios de eficiencia. Algo más de un tercio del encarecimiento anual que sufre nuestro Sistema Sanitario cada año se debe a las novedades farmacológicas y a los nuevos criterios preventivos y terapéuticos, así como técnicas diagnósticas, introducidos por la comunidad científica. El gasto en fármacos tradicionalmente ha doblado –hasta hace apenas 2 años– el coste de la vida, lo que justifica sobradamente la preocupación de la clase política.

Pero este viejo sueño ya se ha hecho realidad. A día de hoy los gerentes disponen de dos potentes instrumentos que modifican de manera sustancial la conducta de los profesionales clínicos, y la modifican a tal punto que ha suscitado preocupación en el sentido inverso, es decir, en el de que los clínicos dejen de realizar procedimientos necesarios para un paciente concreto, para asegurarse la percepción de un incentivo. Estos dos instrumentos son la carrera profesional y el pago de una cantidad variable a final de año, el que suele denominarse “Complemento Retributivo Variable” (CRV). No podemos entrar en un análisis pormenorizado de estos dos instrumentos, pero sí destacaremos los aspectos trascendentes a nuestra discusión.

La *carrera profesional* se articula por lo general sobre varios ejes: la antigüedad en la empresa, los méritos en actividad docente y de investigación, los méritos en gestión, los méritos académicos, sobre todo en el área de formación continuada, el compromiso con la empresa y la consecución anual de objetivos. El peso de cada una de estas áreas difiere entre Comunidades Autónomas, así como los niveles de carrera profesional y el pago por cada nivel. Sin embargo, en términos generales, podemos establecer una regla de la mayor importancia: *a mayor peso del eje de compromiso con la empresa y de la consecución anual de objetivos, mayor influencia de la gerencia sobre la conducta del clínico.*

El compromiso con la empresa se fija en algunas Comunidades Autónomas, y sería deseable que fuera en todas, a través de un cuestionario que rellena el responsable directo de cada profesional. El peso de este tipo de cuestionarios puede llegar a ser el 25% de la evaluación, y por tanto deviene un factor clave a la hora de conceder o denegar el nivel de carrera solicitado. Por otro lado, la consecución de objetivos se valora anualmente a partir de parámetros objetivos y subjetivos. Los objetivos suelen obtenerse mediante actividad registrada, pruebas de laboratorio, encuestas de satisfacción del usuario y otras fuentes. Los subjetivos son casi inevitables, y derivan por lo general de la apreciación que de nuevo hace el responsable



directo del profesional de aspectos previamente pactados, como por ejemplo realizar tareas de apoyo al equipo, diseñar programas o guías clínicas, flexibilizar su horario asistencial, etc.

Cuanto más peso gana la valoración de los directivos en el conjunto de la carrera profesional, *tanto menor es el peso de la actividad científica y docente*, hasta el punto de que si por mala fortuna se produce un enfrentamiento reciente entre un profesional y su jefe más directo, y el enfrentamiento se traduce en una mala puntuación en el cuestionario de compromiso con la empresa, ésta puede anular los puntos obtenidos durante quince años de publicaciones. Sin embargo, esta perversión del sistema suele ser casi anecdótica, y más bien ocurre lo contrario: una buena relación entre directivo y subalterno suele llevar a valoraciones más generosas de lo que por estricto mérito debería recibir el candidato.

Pero la carrera profesional, con ser importante, no influye en la conducta clínica de manera relevante. La *mayor influencia la encontramos con el CRV*, donde el profesional empieza a jugarse cantidades significativas, de alrededor del 10% de su salario anual, es decir, alrededor de unos cuatro a ocho mil euros. ¿Qué tipo de indicadores se están proponiendo en los CRV?

- Por un lado, indicadores de calidad asistencial, derivados por lo general de los registros automatizados.
- Por otro, el perfil de prescripción farmacológico, derivado de las recetas retiradas por el paciente de la farmacia. Este indicador suele valorarse analizando dos factores, la calidad de prescripción y el dinero facturado, y sobre el conjunto del CRV suele pesar del 25 al 50%.
- Otros indicadores que interesan al Hospital o Centro de Salud donde trabaja el profesional y que se pactan con el conjunto del equipo o con cada profesional en particular.

Nos atreveríamos a decir que la implantación del CRV y la Medicina Basada en Evidencias (MBE) han dado un vuelco a la gestión clínica del siglo XXI. El CRV es tan potente que un buen o mal uso del mismo tiene consecuencias sensibles. Los éxitos del sistema sin duda son muchos, *el más relevante de los cuales es la contención de la factura en fármacos*. También ha supuesto un *reconocimiento al esfuerzo de los mejores profesionales*, aquellos que sin pensar en una carrera profesional, porque hace 10 ó 15 años no se preveía, apostaron por la investigación, la docencia y un desarrollo profesional continuo.

Pero este sistema de incentivación de la Sanidad Pública también tiene sus limitaciones y hasta defectos. Visto en términos generales, poco hace para mejorar algo de lo que suelen quejarse los ciudadanos: *la personalización del trato*. Lo más impor-

tante de la actividad clínica, lo que más esfuerzo y tesón requiere, es colocar a los pacientes dentro de las prioridades del profesional. El *desideratum* sería un Sistema de Salud en el que el médico, la enfermera y los otros profesionales de la salud, además de estar técnicamente bien preparados, hicieran un seguimiento de los pacientes de mayor riesgo, los llamaran por teléfono si es necesario, habilitaran direcciones de correo para atender consultas esporádicas, se preocuparan de ellos como personas, y todo ello en un clima de respeto cuando no de amistad. Sin embargo, esta faceta apenas está recogida en las encuestas de satisfacción al uso. También *la calidad real del acto clínico apenas tiene reflejo*. Las variables que se registran o se obtienen de manera automatizada pueden acercarnos a los aspectos más groseros, pero siempre resultan complicados de interpretar. Pensemos por ejemplo en el impacto que tiene sobre un Centro de Salud atender a una Residencia de ancianos, cómo puede desequilibrar no sólo su perfil de prescripción farmacológica sino también los ingresos hospitalarios o la tasa de buen control de diabéticos; o sobre un Hospital, el hecho de recibir los casos más complicados de una determinada patología. Un excelente servicio de cirugía cardíaca puede tener niveles de mortalidad más altos que la media precisamente porque atiende patología más grave, es decir, pueden empeorar sus resultados porque lo está haciendo mejor.

Si algo nos ha enseñado el CRV, es con *cuánta prudencia debemos interpretar los indicadores de calidad*. El consumo de antibióticos de un médico de familia puede distorsionarse de un año al otro por la presencia de un par de pacientes trasplantados de pulmón, la rotación de camas de un Servicio puede afectarse por la contratación de un solo médico de plantilla, etc. *Es casi imposible interpretar los datos sin un conocimiento profundo de la realidad*. En Cataluña, la decisión de obligar a todos los centros de salud a emitir las recetas con la fecha de emisión llevó a un aumento de casi el 10% en la facturación del año 2008. Rápidamente se dio marcha atrás, lográndose reducir este diferencial, pero para 2008 esta sencilla decisión gerencial hubiera llevado a muchos médicos a perder un porcentaje de sus incentivos. Por fortuna se detectó y se corrigió su efecto, lo que es una señal para el optimismo: los gestores también saben aprender de sus errores.

Este componente no controlable de los indicadores de calidad *crea una cultura de desesperanza aprendida*. Los profesionales tratan de luchar para conseguir los indicadores que entienden y recuerdan, pero cuando unos años ganan casi el 100% sin hacer nada especial, y otros años se quedan por debajo del nivel de cobro –recuérdese que en general se requiere el 45% de realización de los objetivos para empezar a cobrar alguna cantidad–, la respuesta es “hacer lo que debo y ya me pagarán si quieren pagarme”.



Éste no es, empero, el aspecto más importante e interesante del CRV. A nuestra manera de ver, el CRV transmite al clínico cierto modelo del tipo de asistencia que se desea. Si enfatiza indicadores de accesibilidad por encima de indicadores de tiempo por paciente, indica al profesional que no resulta importante el tiempo que destina a un buen acto clínico, sino que el paciente pueda pedir visita en cualquier momento y ser atendido “como sea”. Si enfatiza bajar la estancia media hospitalaria, independientemente de otros criterios de calidad, da a entender que este aspecto predomina por encima de la seguridad clínica o de los reingresos. *El panorama es muy similar a tener un medicamento muy potente para el que aún no sabemos de manera exacta sus indicaciones, posología, contraindicaciones y efectos secundarios.* Una sobredosis de incentivos causa empacho cuando no amenaza los valores de integridad profesional. Pero una dosis equivocada provoca desánimo, resentimiento y, en el peor de los casos, conductas calladamente vengativas.

Para acabar de entender los efectos negativos del CRV sobre la fibra moral de una organización, debemos tener en cuenta su confluencia con la carrera profesional. Ya queda dicho que el CRV tiene generalmente un peso relevante en la carrera profesional. Por consiguiente, aquel profesional “díscolo” que no desea firmar objetivos (¡también los ha habido y los hay!), está renunciando en buena medida a su carrera profesional. La tarea de criticar la gestión empresarial, tan importante y vivificante para la propia empresa, sobre todo cuando es pública, *puede calificarse en muchos casos de quijotesca.* La mayor parte de profesionales aspira a “hacer lo que me manden” y no enfrentarse con la dirección. No resulta exagerado hablar de una *mordaza invisible*.

Esta *mordaza invisible* depende en buena parte del estilo de dirección, lo que hoy en día suele llamarse estilo de liderazgo. Ello ha sido puesto de relieve por diferentes instancias colegiales, cuando se han hecho llamadas al diálogo entre gerencia y profesionales enfrentados, intentando incrementar la participación de éstos. Pero otras veces, incluso en climas organizativos no especialmente autoritarios, se crea un entramado de complicidades que afecta a valores fundamentales del profesionalismo.

Por fortuna, hemos presenciado en los últimos dos años reacciones de grupos profesionales que, a riesgo de perder el CRV y la carrera profesional, han empeñado su prestigio en la defensa de los valores profesionales. Sin embargo, los peligros para la profesionalidad persisten y son muy profundos. Lo que estamos aprendiendo es que ante una protesta que alcance un consenso suficiente entre los profesionales implicados, las instituciones suelen abrir la vía del diálogo. Pero en cuanto desaparece la protesta, las instituciones vuelven a su lógica institucional “como si nada hubiera pasado”.

¿Cuál es la lógica de las instituciones? Esta lógica tiene como valor fundamental ofrecer servicios sanitarios ajustados a los presupuestos. Un valor sin duda encomiable, pero que debe ajustarse y respetar los valores de los profesionales clínicos, entre los cuales sobresale el ofrecer un cuidado óptimo y personalizado a cada paciente, bajo el imperativo del *primum non nocere*. Aparece entonces con mayor claridad el campo de enfrentamiento entre clínicos y gestores: por un lado el gestor, que decide para la sociedad y muy en segundo lugar para los pacientes concretos; de la otra, el clínico con prioridades inversamente simétricas. El gestor tiene mucho poder, pero el clínico tiene un ámbito de decisión prácticamente intocable, los consensos de equipo, los protocolos y las guías clínicas. Ante esta situación, el gestor pone encima de la mesa un dinero para influir en una parte de estas decisiones “intocables”, y en general lo hace honestamente, con buenos argumentos. Pero el clínico se percata casi de inmediato de las consecuencias negativas que este dinero puede tener para pacientes concretos en situaciones clínicas concretas. *Es el primer acto del drama.*

El clínico piensa entonces en protestar, pero tiene miedo de perder su carrera profesional. Conversa con otros colegas y observa que esta repulsa moral que experimenta es sólo suya, que sus colegas están tibios, acostumbrados a los riesgos morales, o francamente “pasotas”. Llega a la conclusión de que es demasiado débil para hacer nada, que si renuncia a firmar el CRV perderá este dinero por Quijote, y que además romperá la solidaridad grupal. *Es el segundo acto del drama.*

Llegan las felicitaciones de Gerencia. Los objetivos se han cumplido. Los profesionales del equipo se miran y sonríen: “les hemos engañado”. El maquillaje funcionó. “Nos han regalado un dinero porque hemos sido más listos que la Gerencia, y además porque nos lo merecemos por todo lo que no saben valorar, que es la clínica real”.

Epílogo: todos pierden. La hipocresía se institucionaliza.

El lector puede tener la tentación de creer que el panorama es más sombrío de lo que realmente es. Bien es verdad que situaciones como las que hemos expuesto aquí se han dado con frecuencia a lo largo y ancho de esta España del siglo XXI, pero con toda seguridad los beneficios de los CRV y de la carrera profesional han sido muy superiores a sus desventajas. Citemos de nuevo el ahorro y mejora de la prescripción farmacológica, o el estímulo al esfuerzo. Además existe cierta sensibilidad sobre el tema y, si somos capaces de aprender de nuestros errores, *el futuro es más prometedor que el presente*. Hagamos una pequeña reseña histórica para concretar algunas propuestas.



La profesionalidad tuvo en los años 60, 70 y 80 *un cáncer apenas conversado*, al que castizamente se aludía con la palabra “tarugo”. Aún hoy en día algunos médicos aceptan recetar ciertos específicos a cambio de dinero, pero por fortuna es algo marginal. No debíamos olvidar, empero, que *han sido 40 años de pasividad ante la erosión de los valores profesionales*.

Con semejante “antecedente patológico”, ¿puede escandalizarnos que en la mente de algunos gerentes la voluntad del médico sea “comprable” con la misma facilidad con que fue comprada antaño? Desde esta mentalidad se trataría de sustituir un “tarugo” por otro, llamémosle “tarugo institucional”. Por fortuna este enfoque también es marginal entre los gestores, pero está presente.

En cualquier caso, no deberíamos perder de vista que en aquellos años de desgracia una mayoría de profesionales se rebeló contra tal estado de cosas, y sin aspavientos ni ayudas institucionales fue revertiendo la situación. Esta mayoría ha ido ensanchándose hasta poner en evidencia a los colegas que aún persisten en este tipo de prácticas. Algo similar está empezando a ocurrir con el tema del CRV, en aquellos casos en que su aplicación incurre en algo semejante. El primer paso, quizás el más laborioso, sea detectar la situación en sí, tomar consciencia de que el ámbito de la decisión clínica, el ámbito en que definimos lo que es un buen acto clínico, no puede contaminarse por la premura de conseguir un incentivo. En ocasiones los clínicos deberán (deberemos) renunciar al dulce que se ofrece, *porque al final amarga*.

Pero hemos de ir más allá, *logrando que sean las propias Instituciones Sanitarias las que se percaten de que también ellas deben proteger los valores profesionales*. Estamos lejos de este horizonte, porque en tiempos de crisis la ganancia a corto plazo es muy atractiva. Por eso mismo debemos publicitar medidas que ayudarían mucho. He aquí algunas:

- Crear comisiones permanentes para hacer un seguimiento del CRV, donde profesionales de reconocida independencia e integridad puedan participar con voz y voto.
- Acercar los CRV a las necesidades de cada Hospital y Centro de Salud, huyendo de la tentación de definirlos desde instancias gerenciales alejadas de los problemas cotidianos. Los gestores que conocen y tratan a los clínicos garantizan mejor la participación de los profesionales a la hora de fijar objetivos.
- Abstenerse de incentivar medidas de ahorro cuyas consecuencias no alcanzamos a conocer. Por ejemplo, si marcamos un máximo de colonoscopias al año, desconocemos el impacto que dicha medida pudiera tener en el diagnóstico precoz de las enfermedades diagnosticadas con este método. *No podemos jugar con la salud de los ciudadanos*.

- Pensar siempre en términos de *seguridad clínica*. Recordemos: los CRV promueven hábitos clínicos y dan a entender que son éstos y no otros los que la institución espera de un “buen profesional”. Si la gerencia promulga un incentivo que dice: “cuantas menos bajas laborales usted otorgue, mejor”, ¿puede extrañarnos que varios centenares de médicos tengan más de *inspectores* persiguiendo el fraude que de *empáticos profesionales* decididos a aliviar el dolor de sus pacientes?

En nuestro país, especialmente en las instituciones públicas, el *managed care* ha entrado en época muy reciente y de modo a veces muy defectuoso, lo que favorece indicadores de calidad poco fiables y válidos. No es infrecuente oír a los gestores expresiones como ésta: “antes se intentaba racionalizar el gasto, en tanto que ahora lo que se busca es controlarlo de cualquier modo”. Como el control no se está haciendo de modo muy correcto, tampoco se tiene gran autoridad moral para evitar disfunciones o abusos. Pensemos, por ejemplo, en las “peonadas.” Su objetivo es, en principio, perfectamente correcto, disminuir el tiempo de espera de los pacientes. Desde el lado de los profesionales, se trata de un modo de mejorar su retribución y es, por tanto, de algún modo, un incentivo económico. El que más trabaje, sacando pacientes de la lista de espera, más cobra. Éste es un incentivo perfectamente correcto. ¿Puede pervertirse? Por supuesto que sí. ¿Cómo? Tal sistema puede promover el que los propios profesionales dejen para la tarde lo que podrían hacer por la mañana; es decir, puede llevar al incremento de las propias listas de espera que luego esos mismos profesionales tienen que reducir a través de las peonadas. Esto recuerda a lo que describe Malthus en su *Ensayo sobre la población*. En el Reino Unido, desde el tiempo de la reina Isabel I, han existido unas leyes protectoras de pobres, las llamadas *Poor Laws*. Malthus las sometió a análisis en su libro, y dice que los centros creados por esas leyes para acoger a los pobres deben ser austeros y hallarse mal dotados, porque si no todo el mundo querrá ser pobre y las leyes crearán los pobres que luego tienen que mantener. Pues bien, con las peonadas puede pasar algo similar: que sirvan para incrementar las listas de espera que luego tienen que reducir.

Lo mismo cabe decir de la externalización a centros privados de servicios que no pueden darse en las instituciones públicas por la razón que sea. El hecho de que a veces los mismos profesionales trabajen en ambos centros, lleva al resultado inverso de incentivar la externalización. Dicho lo cual es de justicia reconocer que en muchos casos la mejor gestión de las listas de espera ha llevado a mejoras sustanciales en procesos quirúrgicos y atención oncológica. En gestión clínica los “detalles” de cómo y con quién se hacen las cosas pueden llevarnos a situaciones completa-



mente diferentes, y a valoraciones éticas diametralmente distintas. De aquí la necesidad de que los gestores, al igual que los clínicos, tengan una formación en bioética, y de aquí también el creciente interés que demuestran por la temática. Porque no lo dudemos, los análisis conspiratorios que hacen recaer todos los males del sistema alternativamente a clínicos o a gestores, son triviales por no decir frívolos. Y la bioética no puede caer en la trampa de ser instrumentalizada por unos u otros.

INCENTIVOS PROVENIENTES DE PROVEEDORES EXTERNOS DEL SISTEMA: LA ÉTICA DEL MARKETING

El *managed care*, correcto o incorrecto, *soft* y *hard*, se realiza siempre dentro de las Instituciones Sanitarias, entre los gestores y los profesionales. Pero es evidente que en medicina hay otro tipo de incentivos, que no vienen de dentro sino de fuera del Sistema Sanitario. Son los incentivos procedentes de los que podemos llamar, en términos generales, proveedores de productos sanitarios. El ejemplo paradigmático serían los laboratorios farmacéuticos. Se trata de empresas con ánimo de lucro, porque en el sector farmacéutico, y en otros, se producen y gestionan valores instrumentales, y en este campo el lucro no sólo no es incorrecto sino que resulta fundamental para la propia subsistencia y creatividad de la empresa. Así, las empresas proveedoras de material sanitario se caracterizan por ser privadas y tener ánimo de lucro, de forma que es el Estado el que compra sus productos cuando se trata de bienes sociales primarios (es claro que no todos los fármacos pueden considerarse bienes sociales primarios, razón por la cual no todos son de financiación pública, y que además hoy un mismo producto activo puede estar financiado en unos casos y no en otros, como sucede con los genéricos, o con los productos de marca que adquiere un servicio de salud mediante concurso público, etc.). Como las empresas proveedoras de productos sanitarios tienen, por lo general, ánimo de lucro, es lógico que intenten incentivar el consumo de sus productos. Así lo hacen las empresas de automóviles, o las de aviación, etc. Pero en el caso sanitario topamos con el asunto de que la prestación sanitaria, no sólo la pública, sino también la privada, se consideran sin ánimo de lucro. Aquí la incentivación económica por consumo no es de recibo en ningún caso, y debe considerarse incorrecta siempre. Esto significa que hay que romper siempre la relación de causalidad entre prescripción e incentivo económico. Lo que no es igual a que la industria proveedora de productos sanitarios no pueda contribuir al buen funcionamiento del sistema con ayudas económicas e incluso con incentivos, cuando éstos no van directamente ligados a la dispensación de sus productos. El ejemplo paradigmático de esto lo tenemos en la ayuda a la formación continuada de los profesionales, y por tanto a las actividades docentes. Aquí

se ha producido un fenómeno de parasitismo crónico, no sólo en España sino en todo el mundo. El asunto es tan importante, y la necesidad de esa ayuda es tan grande en el Sistema Sanitario español, que debe abandonarse el término parasitismo, claramente peyorativo, y hablar más bien de “simbiosis.” Esos incentivos resultan hoy imprescindibles para el propio funcionamiento del sistema, y no tienen por qué considerarse incorrectos siempre y cuando no premien directamente la prescripción o el consumo de productos determinados. La simbiosis supone siempre un equilibrio, de tal modo que el resultado acaba siendo beneficioso para las dos partes. Y eso es lo que parece suceder en este caso. Las reglas de juego podrían ser otras, y hasta cabría pensar que otras alternativas serían más correctas. Pero las que hay son éstas y no cabe considerarlas necesariamente perversas. Sobre todo, teniendo en cuenta que la mayor parte de la actividad sanitaria se desarrolla en el sector público, y que éste, hoy por hoy, no cubre adecuadamente ni sus obligaciones mínimas o de justicia con sus profesionales. El sistema público no incentiva, o no incentiva suficientemente, y muchas veces incentiva mal. E incentivar el buen ejercicio es una obligación que en ciertos casos es de justicia, y en otros de beneficencia. En cualquier caso, es una obligación moral.

Esa falta de incentivación pública hace más necesaria la incentivación privada. Ésta no puede considerarse intrínsecamente perversa. Sí es necesario evitar que la incentivación de las empresas con ánimo de lucro pueda desviar al profesional de su recto ejercicio, y para eso se requiere que esa incentivación no vaya nunca directamente unida a la prescripción o consumo de ciertos productos sanitarios. Eso sí es intrínsecamente perverso, y no sólo debe ser evitado sino que debe prohibirse y sancionarse adecuadamente.

Así como en el ámbito de los incentivos institucionales hemos distinguido entre el *Hard Managed Care* y el *Soft Managed Care*, ahora podemos hacer algo similar en el tema del *Marketing*, y distinguir un *Hard Marketing* y un *Soft Marketing*. El primero es aquel que no respeta los valores intrínsecos a los que se deben los profesionales sanitarios. Como las empresas proveedoras tienen ánimo de lucro, pueden considerar a las Instituciones Sanitarias como con ánimo de lucro y tratarlas como tales, es decir, no respetando los valores intrínsecos que deben guiar la actuación profesional. Ese es el *Hard Marketing*. Por el contrario, el *Soft Marketing* es aquel que pone los valores instrumentales al servicio de los valores intrínsecos propios de los profesionales sanitarios. Es también *Marketing*, pero dentro de los límites que exige la actuación dentro del mundo de la asistencia sanitaria.

Cuando no se procede así, la gente normal y corriente considera que no se está actuando de modo correcto. Y los profesionales, también. Eso es lo que ha hecho



que en los últimos tiempos el prestigio social de las empresas proveedoras de productos sanitarios haya bajado en estimación social. La sociedad las ha castigado, precisamente por sus prácticas de marketing poco correctas. Es ilustrativo recordar la diferente percepción social de la industria farmacéutica por parte de la sociedad en los años cincuenta del pasado siglo y hace unos pocos años. Tras la Segunda Guerra Mundial se comercializaron un conjunto de fármacos absolutamente maravillosos: los primeros antibióticos, los corticoides, los neurolépticos, etc. Ellos cambiaron el ejercicio de la medicina y mejoraron enormemente la salud de la población. La industria farmacéutica fue vista como lo opuesto a la industria de guerra. Ésta tenía por objeto la destrucción y la muerte, en tanto que la industria farmacéutica trabajaba para la salud y la vida. Ese es el primer escenario. El segundo sucedió en los años setenta. Entonces se puso el grito en el cielo a consecuencia de la utilización incontrolada de seres humanos en la investigación biomédica. El resultado fue un trabajo concienzudo de años, tras el cual se puso a punto la ética de la investigación con seres humanos, todavía hoy modélica, hasta el punto de que son más seguros los fármacos que los productos alimentarios de consumo cotidiano. La industria salió reforzada de esa crisis, y hoy todo el mundo confía en que los fármacos están hechos siguiendo las llamadas buenas prácticas, tanto de investigación como de producción. Tercer escenario: los años ochenta y noventa. Nueva crisis, esta vez no por las prácticas de investigación o de producción, sino por las de comercialización y *marketing*. Esta crisis ha lesionado de tal modo el prestigio social de la industria farmacéutica, que de ser la antítesis de la industria de guerra, como sucedía en los años cincuenta, ha pasado a considerarse, en la percepción social, similar a la de la industria del tabaco, una industria completamente desprestigiada. ¿Qué tiene que hacer la industria ante esta crisis? Responder como lo ha hecho en ocasiones anteriores, elaborando una nueva ética, ahora no la ética del ensayo clínico, sino la ética del marketing de los productos sanitarios. Y ya ha comenzado a hacerlo. Baste con citar dos códigos: el *Code on the promotion on prescription-only medicines to, and interaction with, healthcare professionals*, de la Federación Europea de las Asociaciones de la Industria Farmacéutica y el “Código de buenas prácticas para la promoción de medicamentos” de Farmaindustria. En éste hay un punto, el décimo, dedicado a los incentivos, que dice así:

10. INCENTIVOS

10.1. No podrán otorgarse, ofrecerse o prometerse obsequios, primas, ventajas pecuniarias o en especie a los profesionales sanitarios implicados en el ciclo de prescripción, adquisición, distribución, dispensación y administración o al personal administrativo para incentivar la prescripción, dis-

pensación, suministro y administración de medicamentos, salvo que se trate de obsequios de poco valor y relacionados con la práctica de la medicina o la farmacia. Por lo tanto, es admisible la entrega de obsequios tales como utensilios de uso profesional en la práctica médica o farmacéutica o utensilios de despacho de valor insignificante.

10.2. Se considerará que el obsequio es de poco valor cuando no supere los 30 euros. Esta cantidad se actualizará periódicamente atendiendo a criterios de mercado.

10.3. Se exceptúa la entrega de objetos como libros o material en soporte óptico, magnético, electrónico o similar, bajo el patrocinio de la Compañía, sobre temas de Medicina o Farmacia, siempre que cumplan los requisitos legales establecidos.

10.4. No será admisible la entrega de regalos de mayor valor o de naturaleza distinta a la científico-técnica.

10.5. Estos obsequios deberán incluir toda la información recogida en el apartado 2.1. No obstante, cuando el medicamento lleve autorizado al menos dos años y sea por tanto posible efectuar publicidad de recuerdo, podrá incluirse sólo la información prevista en el artículo 2.3.

Esto puede no ser suficiente, ni puede que todas las empresas proveedoras de productos sanitarios cumplan con ello. Pero si se ha podido repetir aquello de Marcelo en *Hamlet: something is rotten in the state of Denmark*, algo huele a podrido en la corte de Dinamarca, también puede decirse hoy que *something is changing in the pharmaceutical industry*. Y en este caso para bien. En las relaciones de los profesionales sanitarios con las industrias proveedoras, y especialmente con las industrias farmacéuticas, hay que evitar dos extremos a cual más pernicioso: la aceptación sin condiciones y el absoluto rechazo. Esa colaboración es necesaria, más aún, imprescindible, pero debe llevarse a cabo siguiendo ciertas reglas y tomando determinadas precauciones, ya que en ellas los profesionales son a la vez jueces y partes, y por tanto han de gestionar intereses en conflicto. El gran antídoto contra los posibles abusos ha de ser la publicidad, de modo que sean del dominio público las ayudas que reciben de las empresas proveedoras y los servicios que prestan a cambio. Un avance importante en esta dirección lo constituye el hecho de que las revistas biomédicas hayan establecido como uno de los requisitos indispensables para la publicación de artículos el que sus autores declaren públicamente la no existencia de conflictos de interés, siguiendo el criterio establecido por las "Normas de Vancouver", que a este propósito dicen:



CONFLICTO DE INTERESES

Se produce un conflicto de intereses en un artículo determinado cuando alguno de los que participan en el proceso de publicación, (sea el autor, revisor o director) desarrollan actividades que pudieran condicionar el enjuiciamiento, tanto se produzca como no. Habitualmente, los conflictos de intereses más importantes consisten en la existencia de relaciones económicas con industrias (como empleado, consultoría, propiedad, honorarios, pruebas periciales) ya sea directamente o a través de familiares directos. Sin embargo, los conflictos de intereses pueden deberse a otras razones, tales como relaciones personales, competitividad académica o fanatismo intelectual.

La confianza pública en el proceso de revisión por expertos y la credibilidad de los artículos publicados en una revista, en gran medida dependen de cómo se resuelvan los conflictos de intereses de autores, revisores y la toma de decisión editorial. Los sesgos, con frecuencia, se detectan y se eliminan mediante la cuidadosa atención a los métodos y conclusiones científicas del trabajo. Los lazos económicos y sus efectos se detectan con menor facilidad que otros tipos de conflictos de intereses.

Los participantes en la revisión y publicación deben declarar sus posibles conflictos de intereses y esta información ha de ser conocida para que otros puedan juzgar por sí mismos sus efectos. Puesto que a los lectores les puede resultar más difícil detectar los sesgos en editoriales y revisiones que en artículos de investigación originales, algunas revistas no publican revisiones ni editoriales de autores con conflicto de intereses.

La declaración pública de conflictos de intereses de los autores de artículos es un primer paso, pero resulta insuficiente. De ahí que deba ir complementada con otra medida, como es la publicación por parte de las Instituciones Sanitarias de las prestaciones que ellas o sus profesionales reciben de los proveedores, así como de la razón de esas ayudas y los fines a que se destinan. Sólo así se conseguirá la necesaria transparencia en la gestión de este tipo de prestaciones.

POR UNA ÉTICA DE LA RESPONSABILIDAD EN LA GESTIÓN DE LOS INCENTIVOS PROFESIONALES

Tanto los gestores del Sistema Sanitario como los proveedores externos a él tienen su parte de responsabilidad en la promoción correcta o incorrecta de los incentivos sanitarios. Pero la vía terminal común de todo el proceso son siempre y necesariamente los profesionales. En la perversión por incentivos no han sido ni son sólo parte activa los gestores y los proveedores sino también los profesionales. De

ahí que éstos tengan su responsabilidad y que no puedan descargarla o endosársela a las otras partes. Cabe decir aún más, y es que la mayor y más importante de las responsabilidades es la suya. De ahí la importancia de analizar el tema de los incentivos desde la perspectiva de la ética profesional.

En el “Código de Ética y Deontología Médica” del Consejo General de Colegios Médicos de España, el artículo 40.5 dice así: “el médico no percibirá comisión alguna por sus prescripciones ni podrá exigir o aceptar retribuciones de intermediarios.” Esto no es mucho. Pero a un código tampoco puede pedírsele más. Complementario de ese punto es la Declaración de la Asamblea del Consejo General de 12 de mayo de 2006, titulada “Ética de la relación profesional del médico con la industria farmacéutica y las empresas sanitarias”, cuyo texto dice lo siguiente:

Ética de la relación profesional del médico con la industria farmacéutica y las empresas sanitarias. (Declaración de la Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios de Médicos de España. Madrid, 1 de octubre de 2005).

1. Al colegiarse, el médico asume públicamente el compromiso deontológico de prestar a sus pacientes una atención de calidad humana y científica (CEDM art. 18). Esto implica una ética de la prescripción basada en los principios de libertad, que la Comisión Central de Deontología desarrolló en su Declaración sobre la libertad de prescripción del médico (1998), aprobada por la Asamblea General y publicada en la revista OMC, nº 62 (febrero de 1999). En ella, se establece que la libertad de prescripción está vinculada a la responsabilidad profesional, lo cual supone que la aplicación de un medio terapéutico o diagnóstico debe ir precedida de una consideración de su validez científica, su idoneidad para un paciente determinado y su eficiencia. La Declaración hacía una mención expresa de los aspectos económicos de las decisiones médicas: “El médico no puede olvidar que el dinero con que se han de pagar sus prescripciones no es suyo, sino del paciente o de las instituciones que las toman a su cargo, y que ha de hacer de él un uso racional [...] Este deber deontológico de prescribir con racionalidad y economía obliga al médico a ser plenamente independiente de condicionamientos que limiten su libertad de hacer en cada caso lo mejor, también lo mejor económico, por su paciente y por quien asume sus gastos”.

2. Los profundos cambios experimentados por la organización sanitaria en los últimos decenios han situado la eficiencia y el factor económico en un lugar significativo de la toma de decisiones médicas, las cuales pueden verse



interferidas por intereses no siempre coincidentes con los del paciente, sujeto principal de la atención sanitaria. De este modo pueden entrar en acción al menos dos agentes que se relacionan con el médico que decide la prescripción o que toma decisiones con implicaciones económicas, que en algunas circunstancias podría verse indebidamente influido por intereses procedentes de la entidad proveedora de servicios (pública o privada) y/o de la industria o empresa sanitaria.

3. Se plantean así problemas éticos y conflictos de intereses para el médico cuyo comportamiento deberá estar movido por principios de independencia profesional, lealtad hacia el paciente y transparencia hacia la sociedad. La ejemplaridad del médico es un valor moral muy relevante para fundamentar la confianza en la relación clínica y el respeto social hacia la profesión médica.

4. La Comisión Central de Deontología siente la necesidad de ofrecer a la colegiación algunos criterios éticos y deontológicos, que puedan contribuir, junto con otros agentes involucrados (administración sanitaria, industria farmacéutica y sanitaria, sociedades científicas, asociaciones de pacientes, entidades asistenciales) a la deliberación social en una cuestión de gran interés y con serias implicaciones para el bien común.

5. La relación del médico con las compañías farmacéuticas y sanitarias debe estar regida por los principios y valores característicos de la profesión médica: rigor científico y racionalidad, espíritu de cooperación, sentido de servicio a los pacientes y responsabilidad ante la sociedad. Este mismo compromiso de lealtad profesional del médico ha de inspirar sus relaciones con las entidades proveedoras de servicios de salud, sean públicas o privadas.

6. Las compañías farmacéuticas tienen legítimos intereses comerciales que se traducen en la promoción de sus productos mediante las tradicionales estrategias de información y publicidad, de ordinario acompañadas de atenciones comerciales. En España existe una legislación (Real Decreto 1416/1994) que detalla los límites y el valor de los obsequios y la hospitalidad que un médico puede aceptar. Además de lo establecido por la norma legal, el médico procurará mantener una actitud de elegancia y sobriedad ante las atenciones comerciales, y evitará con prudencia cualquier signo de ostentación publicitaria ante los pacientes.

7. Es aceptable, y aún necesario, que la Industria Farmacéutica organice y financie actividades científicas y de formación que suponen un elemento esencial y valioso de la educación médica continuada. Ello, sin embargo, no

puede hacer olvidar que ésta es una obligación ética primaria del médico, en cuyo desarrollo práctico tiene una responsabilidad ineludible la institución en cuyo seno el médico desarrolla su actividad profesional en régimen de dedicación exclusiva o preferente.

8. Los médicos que asumen responsabilidades directivas en aquellas actividades científicas y de formación médica que reciben financiación de entidades comerciales privadas deben garantizar la independencia de los contenidos de los programas que ellos desarrollan, y expresarán con claridad y transparencia la naturaleza del patrocinio recibido. Quedarán claramente definidos los actos de una reunión científica dedicados a la información promocional de un producto o procedimiento. El médico que participe en estos eventos en calidad de experto deberá exigir que así se declare a todos.

9. Es muy valiosa la información de la industria que facilita la transferencia tecnológica ante un nuevo producto sanitario o una nueva indicación con potencial valor añadido a la calidad asistencial. Sin embargo, es condenable la práctica de hacer a los profesionales de la medicina objeto de estrategias promocionales meramente repetitivas y que tratan de obtener el mayor número de “impactos” publicitarios. El médico debe ponderar el tiempo que invierte en recibir información de la industria farmacéutica de acuerdo con criterios de eficiencia. Deberá mantener con los representantes de la industria farmacéutica y sanitaria una relación presidida por la utilidad, la cortesía y el respeto profesional.

10. Es incompatible con la deontología médica solicitar o aceptar contraprestaciones a cambio de prescribir un medicamento o utilizar un producto sanitario. Este principio ético fundamental no admite excepciones enmascaradas en supuestos estudios de investigación, por ejemplo de farmacovigilancia, que inducen a realizar unas determinadas prescripciones. Este criterio debe contribuir también a la reflexión, lo mismo del médico individual como de los grupos de médicos, a la hora de establecer acuerdos de colaboración con la industria sanitaria para facilitar la asistencia a congresos, actividades formativas o cualquier otro tipo de ayuda.

11. Los médicos con responsabilidades en la dirección y gestión relacionada con la adquisición de suministros sanitarios tienen un deber deontológico de ejemplaridad que rebasa el nivel mínimo que exige la norma legal, tanto ante los médicos y el personal de su institución como ante los usuarios. Los incentivos directos a la prescripción –positivos o negativos- son también contrarios a la ética cuando proceden de los gestores del centro sanitario,



siendo especialmente reprobables si fueran promovidos por profesionales obligados a observar las normas de la deontología médica.

12. La cooperación entre la profesión médica y la industria sanitaria es necesaria en todos los niveles del desarrollo y uso de los medicamentos o de cualquier otro material sanitario, para garantizar la seguridad de los pacientes y la eficacia de los tratamientos. El médico, que tiene derecho a recibir una compensación razonable de la industria por su trabajo como investigador, como consultor o como docente, tiene también el deber correlativo de manifestar estos vínculos siempre que sea procedente y realizará la correspondiente declaración de intereses, especialmente al hacer públicos resultados científicos. Cuando un médico participa en una investigación científica promovida por una empresa farmacéutica deberá condicionar su participación a disponer de plena libertad para su publicación, independientemente de que los resultados sean favorables o no desde la perspectiva de la empresa promotora. El médico que en calidad de experto hace recomendaciones tanto en medios científicos como en medios de comunicación general debe hacer constar, si existen, sus vinculaciones con la industria.

13. Actualmente la administración sanitaria en España dedica escasos recursos a la formación continuada de los médicos, y deja en manos de la industria farmacéutica gran parte de su financiación. En esta situación, y teniendo en cuenta los salarios que reciben los médicos en España, se comprende que sean muchos los médicos que, para acceder a la necesaria actualización profesional, recurran a la ayuda de la industria, sin la que los congresos médicos serían inviables. Por estas razones y mientras no se modifique tal situación, es recomendable que los médicos se asesoren a través de las Comisiones de Deontología de los Colegios de Médicos antes de fijar sus relaciones con la industria farmacéutica y sanitaria.

14. Algunas sociedades científicas e instituciones médicas están recomendando a sus miembros la realización de registros de colaboraciones y declaraciones voluntarias de intereses. Lo que resulta ejemplar de cara a promover la transparencia en cuanto al criterio ético fundamental en las relaciones de los médicos con la industria farmacéutica y sanitaria.

15. La Comisión Central de Deontología insta a los responsables de la formación médica, en especial de los estudiantes de Medicina, para que en las Facultades se introduzcan, ya desde los primeros años de la licenciatura, estos valores éticos.

La función de la ética no puede ser otra que la de promover la responsabilidad en la gestión de los incentivos. En este campo, como en cualquier otro, hay radicalismos que no son correctos. Se trata de las posturas extremas: la de quienes consideran que todo incentivo es perverso y debe ser desterrado del mundo de la medicina, y la opuesta, la de quienes trivializan este tema y consideran cualquier incentivo bienvenido. Es preciso huir tanto de la demonización como de la banalización o trivialización de los incentivos. Frente a uno y otro extremo, la actitud correcta no puede consistir más que en su gestión responsable. Los documentos citados, tanto de Farmaindustria como del Consejo General de Colegios Médicos, son buena prueba de ello. Hay otros no menos interesantes. Uno es el manifiesto de la OMS titulado *Good governance for medicines*, que se inició a finales del año 2004. De él es este párrafo:

Para vencer la corrupción en el sector farmacéutico hay que aplicar a la vez los principios de la buena gobernanza y una estrategia dinámica a largo plazo. La experiencia ha demostrado que los resultados dependerán de la ejecución coordinada de dos estrategias básicas:

- Una estrategia disciplinaria, consistente en instituir leyes anticorrupción, reglamentar y ordenar la práctica de la farmacia y prever un régimen adecuado de sanciones para quienes vulneren la ley.
- Una estrategia basada en los valores, que apunte a reforzar la integridad de las instituciones fomentando prácticas morales y éticas.

Otra iniciativa interesante e innovadora es la del *UK Department for International Development*, que en 2007 inició su programa *Medicines Transparency Alliance* (MeTA). Son modelos a seguir, en tanto pretenden promover la responsabilidad en este campo, evitando a la vez el fanatismo y la corrupción. A España han llegado las consecuencias de todo este movimiento a través de la Plataforma *No gracias* (www.nogracias.eu). Estas iniciativas demuestran que comienzan a darse las condiciones propicias por parte de los profesionales, y también por parte de la industria, para que las cosas empiecen a cambiar. El manifiesto de la Plataforma, que hizo su acto de presentación en España el 26 de marzo de 2008, se suma a la iniciativa de la OMS sobre “Buen Gobierno de los Medicamentos”, cuyo objetivo es la promoción de “un nuevo marco ético para poner en valor el ejercicio profesional, el uso racional de los medicamentos y el buen gobierno de las instituciones públicas.”

Tal es también el objetivo de la presente *Guía*, colaborar a la construcción y promoción de ese nuevo marco ético en el interior de las organizaciones sanitarias.



Los incentivos en Atención Primaria

PROBLEMA 1

Incentivos por mejora de la atención clínica domiciliaria en el final de la vida



La atención al paciente terminal es manifiestamente mejorable, y son frecuentes los que mueren con un mal control del dolor y de otros síntomas y signos, como por ejemplo disnea, estreñimiento, insomnio, angustia y edemas. Para evitar este sufrimiento innecesario en los pacientes que desean morir a domicilio, y para disminuir las consultas a urgencias (e ingresos hospitalarios) pueden adoptarse distintas estrategias no excluyentes. Así, el desarrollo de hospitales de cuidados mínimos para terminales (los *hospice* anglosajones), la implantación de equipos especializados de soporte a domicilio y el apoyo a los médicos de cabecera para que atiendan a sus propios pacientes. En este último caso se espera el compromiso del médico general/de familia mucho más allá de su horario y mucho más allá de lo habitual, pues el paciente terminal y su familia pueden precisar apoyo a horas intempestivas, en días festivos incluso. Por ello se propone la introducción de un fuerte incentivo, de hasta 3.000 euros por paciente de su muerte a domicilio en condiciones dignas y sin sufrimiento evitable. La introducción de un incentivo tal exige el compromiso de un médico general equilibrado, competente y capacitado, que cuente con los conocimientos necesarios y que además sea consciente de sus limitaciones, de modo que este pronto a colaborar con otros miembros del equipo de Atención Primaria (fundamentalmente, enfermería) y con el segundo nivel (fundamentalmente, paliativos). El incentivo que se ofrece es global, y tiene por objeto recompensar de algún modo la calidad del trato y no el hecho concreto de que la muerte tenga lugar en el domicilio.

Ante la propuesta anterior, surgen varias preguntas. ¿Puede un incentivo de esta índole conllevar “muertes de más” a domicilio? Es decir, ¿provocará el incentivo carencias en la atención a pacientes terminales, carencias del tipo de ingreso hospitalario justificado? ¿Aumentaría el uso de la sedación terminal a domicilio por encima de lo justificable? ¿Prestará el médico los cuidados precisos, tanto por sí como a través de otro personal de primaria y de paliativos?

Caso 1

Paciente de 55 años, varón, con cuatro hijos de los que dos viven en el domicilio familiar, que padece insuficiencia cardíaca tras infarto de miocardio masivo. Su situación clínica se ha deteriorado hasta provocarle una invalidez absoluta. Hay mala respuesta a la medicación y se han agotado otras alternativas terapéuticas. El médico de cabecera conoce y trata al paciente y a su familia hace veinte años. El paciente le ha pedido, en una de las últimas visitas a domicilio, que haga todo lo posible por no ingresarle más y por lograr que muera en paz en su casa. La familia está de acuerdo, aunque espera contar con alguna ayuda para la atención a cuestiones como la limpieza e higiene del paciente, hacer la cama y demás. El médico acepta el compromiso y notifica su aceptación a sus superiores, que han establecido un incentivo para estos casos (de entre mil y tres mil euros). El médico se encuentra entre los cualificados para esta tarea, de los que existe un registro que acredita su formación en atención a terminales y su capacidad de movilización de recursos a todos los niveles. El médico debe dar un teléfono en que el paciente y/o su familia pueda localizarle las 24 horas, de forma que tome la iniciativa respecto al manejo del caso, bien asistiendo fuera del horario laboral a domicilio, bien aconsejando cambios, bien organizando las ayudas extras necesarias. El incentivo va ligado a la muerte en domicilio, a la satisfacción de la familia respecto a la atención, y a una evaluación del proceso de atención, de forma que varía la cantidad final entre 1.000 y 3.000 euros.

Valores en conflicto

Un caso clínico puede plantear múltiples conflictos de valores y no todos cabe analizarlos a la vez. De ahí la importancia de comenzar identificando el conflicto de valores objeto de análisis. El conflicto se da siempre en un ser humano, de tal modo que ante un mismo hecho, puede haber muchos conflictos distintos, dependiendo de los sujetos que intervengan en el caso. Aquí nos interesa analizar el conflicto del profesional que se plantea si atender al paciente en la fase final de su vida y recibir un incentivo económico por ello o no recibirlo.



Así planteado el conflicto, es relativamente sencillo identificar cuáles son los valores que este profesional tiene en conflicto. Puede haber varios, pero siempre habrá dos que destaquen sobre los demás. Estos valores han de ser, necesariamente, ambos positivos, pues en caso contrario no habría conflicto. Entre mentir y no mentir no puede haber conflicto, porque no mentir sí es un valor positivo, el valor de veracidad, pero el mentir no es un valor positivo sino negativo. Sólo los valores positivos nos exigen su más estricto cumplimiento, y por tanto el conflicto ha de ser entre dos valores positivos. Tampoco podemos confundir los valores con los cursos de acción. No puede decirse, por ejemplo, que el médico tiene un conflicto entre aceptar o no aceptar el incentivo, pues estos no son valores sino cursos de acción. El conflicto de valores lo resolverá eligiendo un curso de acción, aquel que considere más correcto, que será el de aceptar el incentivo, el no aceptarlo, o el buscar algún curso intermedio.

Hecha esta aclaración inicial, vamos a identificar los valores que probablemente tiene en cuenta, si bien de modo confuso, el médico cuando cree tener un conflicto ético.

- De un lado está el valor económico, el dinero que le ofrecen. No hay duda de que para el médico éste es un valor, y un valor importante. A él le interesa ese dinero, que le vendría muy bien. Por otra parte, considera que la atención a esos enfermos le exige estar en guardia permanente y localizado todo el día y todos los días, lo que sin duda supone un esfuerzo que va más allá de lo ordinario y merece algún tipo de reconocimiento y compensación.
- El problema está en que esa percepción económica puede entrar en conflicto con otros valores que él se considera obligado a respetar. Uno, el más importante, es la atención adecuada a todos los pacientes, que no puede supeditarse a la recepción de un incentivo. Este es un valor tan distinto del anterior, que él tendría que estar dispuesto a procurar la mejor atención posible a los enfermos terminales incluso sin la recepción del incentivo. Él intenta prestar siempre la mejor atención posible a sus pacientes, pero piensa que el esfuerzo que hace justifica la compensación. En cualquier caso, le preocupa que este valor pueda verse contaminado por el otro, o que alguien pueda pensar que atiende mejor a los pacientes cuando hay por medio un incentivo que cuando no lo hay.

Cursos extremos de acción

Una vez identificados los valores y el modo como entran en conflicto, hemos de ver las salidas que tiene ese conflicto. Estas diferentes salidas reciben el nom-

bre de cursos de acción. Cuando un conflicto no tiene ninguna salida, decimos que es una tragedia. Lo normal es que tenga varios cursos de acción posibles. En ese caso, es necesario que identifiquemos todos, a fin de poder elegir luego aquel que sea óptimo, es decir, el que realice más los valores en conflicto o los lesione menos, ya que en eso consiste nuestra obligación moral.

Cuando el conflicto tiene varios cursos posibles, conviene comenzar identificando los cursos extremos, ya que son los más fáciles de ver, aunque también los menos correctos. Un curso extremo es aquel que opta por la realización de uno de los valores en conflicto, con la lesión completa del otro. Esa pérdida total de un valor hace que los cursos extremos sean poco aconsejables. Pero sin embargo tienen la característica de ser los más fáciles de identificar. Por eso lo más útil es comenzar identificando los cursos extremos, para luego buscar en el espacio que dejan todos los cursos intermedios posibles. Entre esos cursos intermedios estará por lo general el curso óptimo. Eso es lo que Aristóteles estableció como la regla del “término medio”, que ha pasado a nuestro refranero como que “en el medio está la virtud”.

Vengamos, pues, a la identificación de los cursos extremos en el presente conflicto de valores.

- Un curso extremo consistirá en optar por el incentivo económico sin tener en cuenta la necesidad de prestar al paciente la mejor atención posible.
- El otro curso extremo consiste en buscar la mejor atención del paciente, rechazando el incentivo económico.

Cursos intermedios de acción

Los cursos intermedios tienen por objeto salvar los dos valores en conflicto, o buscar su mejor realización. En este caso concreto, algunos de los cursos intermedios posibles son:

- Aprovechar el incentivo para mejorar la formación del profesional y del equipo de Atención Primaria en el manejo de las situaciones terminales y los cuidados paliativos y de ese modo cumplir mejor con el objetivo para el que fue establecido.
- Formar un equipo interdisciplinar que pueda atender de modo integral las necesidades del enfermo terminal, y repartir con él los beneficios del incentivo.
- Organizar sesiones de entrenamiento del personal sanitario y de los familiares, a fin de que ayuden al tratamiento integral de este tipo de pacientes.



- Ponerse en contacto con los equipos de paliativos domiciliarios, a fin de introducir en el área de actuación del médico los mismos procedimientos utilizados por ellos.
- Ponerse en contacto con los demás médicos de la zona, a fin de organizar conjuntamente la atención a los pacientes terminales.
- Retrasar la aplicación del incentivo hasta dotar de formación y medios adecuados a los profesionales de la zona.
- Buscar la coordinación con los recursos sociosanitarios disponibles, tanto domiciliarios como hospitalarios, a fin de que la atención resulte lo más integral posible y alcance las mayores cotas de calidad.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

Es obvio que el curso óptimo ha de hallarse entre estos cursos intermedios. También parece claro que pueden compaginarse varios de ellos. Lo ideal sería que antes de introducir el incentivo se formara a los profesionales adecuadamente en el manejo de estas situaciones y se les dotara de los medios necesarios. Por otra parte, los cambios en la organización de servicios sanitarios deben ser graduales, de forma que los pacientes, la población y los profesionales tengan oportunidad de plantear objeciones y de hacer propuestas de mejora, o de ofrecer alternativas. En el caso que se trata, además de los problemas organizativos, la introducción del incentivo afecta a un evento de enorme impacto personal, familiar, profesional y social. La prudencia en este caso debe ser extrema. Para la introducción del incentivo que facilite la atención continuada por el propio médico de cabecera, lo lógico sería adaptarse a las circunstancias locales. Así, donde haya un grupo de médicos concienciados y motivados podría plantearse la realización de un curso de refresco y capacitación en la atención a terminales a domicilio y considerar la situación como experimental hasta tanto no se consolide en la práctica la iniciativa. En zonas en las que sólo se cuente con un médico voluntario, la experiencia tiene que introducirse cuidadosamente, con gran apoyo a este profesional, de forma que se asegure el éxito de la experiencia. En todos los casos sería prudente la implicación de familiares con experiencia, quizá en forma de asociación de ayuda y consejo, pues ello implica la participación social, el reconocimiento de la población, y el aprovechamiento de un caudal de conocimientos. A no olvidar que el trabajo en solitario del médico general prudente, capacitado y competente puede ser tan eficaz como el del “equipo” con que hoy se organizan los centros de salud españoles. Este médico general debe ser capaz de enfrentarse a las situaciones comu-

nes, que van desde la gripe a la muerte en domicilio. Este médico general debe ser consciente de sus limitaciones y de las posibilidades que le da la cooperación ordenada y lógica con los otros recursos del Sistema Sanitario, especialmente la enfermería de primaria y los equipos de paliativos del nivel secundario.



Recomendaciones

Los incentivos financieros individuales tienen “mala prensa”, que en el caso de su aplicación a una cuestión de tanta carga social como la muerte digna a domicilio puede llegar a crear problemas antes de su implantación. Sería especialmente penoso que hubiera escándalo en los comienzos de su aplicación. Por ello es recomendable:

- Buscar el consenso social para su introducción, tanto de asociaciones de pacientes como con los profesionales y sus entidades representativas (colegios de médicos, sociedades científicas, sindicatos).
- Adaptarse a las circunstancias locales para no dar pasos en falso. Habrá lugares en los que se puede empezar con todos los médicos y habrá otros en los que no se contará con ninguno. No conviene forzar las situaciones.
- Aceptar y promover la participación de familiares y médicos de cabecera en el control de la idoneidad de la atención y del impacto del incentivo. Ser eficaces en la monitorización, de forma que se puedan corregir las desviaciones y errores sobre la marcha, antes de que produzcan males mayores.
- Facilitar el apoyo clínico y social al médico general/de familia para que pueda requerir con facilidad la ayuda complementaria que precise (por ejemplo, para hacer un paracentesis paliativa). En este sentido es clave lograr la implicación de la enfermería y de los paliativos.
- Preparar una campaña de divulgación de los aspectos positivos y de los logros del programa en la calidad de atención y en la dignidad de la muerte a domicilio.
- Integrar el nuevo incentivo en un conjunto de actividades que mejoren la atención a todos los terminales. Conviene que se impliquen en la mejora tanto los médicos de cabecera en su conjunto como otras profesiones de primaria (enfermeras, trabajadores sociales y farmacéuticos comunitarios especialmente), así como los especialistas correspondientes. Lo ideal es lograr una práctica y una imagen de cooperación de hospitalaria y primaria ante la muerte inevitable de los pacientes.



PROBLEMA 2

Incentivos por el uso de medicamentos específicos en el cuidado de enfermos terminales



Los cuidados paliativos suponen para los profesionales de la salud una suma de retos casi imposibles. Por un lado deben reprogramar sus esfuerzos del curar al cuidar en un campo técnica y humanamente complejo. Si bien es cierto que los avances farmacológicos y en técnicas de enfermería han sido notables, los profesionales apenas reciben formación en otras facetas igualmente importantes: cómo comunicarse con la familia, con el paciente, cómo dar malas noticias o cómo afrontar el tramo final de la agonía. Los cuidados paliativos exigen también saber trabajar en equipo, codo con codo, médico, profesional de enfermería y trabajadora social, los dispositivos de primaria y los de especializada, aprendiendo unos de otros y sobre todo tolerándose mutuamente discrepancias. En un entorno tan delicado y sensible como éste, los incentivos tienen un potencial iatrogénico similar al beneficio que pueden aportar. Mal iríamos si, por poner un ejemplo, un incentivo encona a unos profesionales contra otros (por ejemplo, premiando una tarea que fundamentalmente realiza un perfil profesional excluido de tal incentivo), o premia una tarea que estimula la competencia entre primaria y especializada, en lugar de su debida colaboración (por ejemplo, premiando el fallecimiento en el domicilio en lugar de otros factores de confort del paciente y la familia). Los responsables de estos incentivos debieran actuar con máxima prudencia, no limitándose a buscar el consenso con los profesionales que recibirán dichos incentivos, sino observando con detalle los efectos prácticos que tienen y muy en especial si promueven o perjudican al trabajo en equipo. Y los profesionales deberían estar atentos a que sus hábitos de razonamiento clínico no se modifiquen de manera incompatible a la buena práctica.

Todas estas consideraciones sugieren preguntas como las que siguen: ¿Deben los profesionales aceptar incentivos cuando sospechan que éstos van a modificar negativamente su proceso de razonamiento clínico? ¿Deberíamos en caso de duda renunciar a dichos incentivos?

Caso 2

Un equipo de paliativos que actúa en un amplio territorio, en contacto directo con los pacientes y dando también soporte a los médicos de familia, tiene entre sus incentivos anuales el ajustarse a un perfil de fármacos que un grupo de expertos toma como

referencia de calidad. Este perfil de fármacos pretende dos cosas: evitar el uso de medicamentos de bajo valor intrínseco, y a su vez que el tratamiento del dolor tome como eje indiscutible el uso de morfina, en cualquiera de sus presentaciones.

Los médicos de este servicio de paliativos se muestran, sin embargo, en desacuerdo. En su práctica asistencial usan de manera rutinaria otros derivados de la morfina, sobre todo los que permiten la administración transdérmica, no sólo por la comodidad sino también porque inducen menos estreñimiento en pacientes ancianos. Este equipo también usa la hioscina en estadios finales de la atención a sus pacientes, un fármaco que –a pesar de tener un coste mínimo– no se contempla en el perfil de excelencia.

A pesar de que en reiteradas ocasiones estos médicos han hecho llegar a la dirección estas quejas, lo cierto es que no se les ha tomado en consideración. El argumento es que el indicador deja margen para considerar excepciones a la morfina, y que este margen es suficiente. Por otro lado la dirección informa cada trimestre a todos sus profesionales de la evolución de los indicadores de calidad sujetos a incentivo. La Dra. Encarnación X conoce por tanto que está a punto de perder un porcentaje estimable de sus incentivos si continúa recetando análogos de la morfina. En este contexto se imagina decidiendo la mejor terapia para un paciente concreto, y se ve traicionándose a sí misma y recetando un producto que en el fondo no lo utilizaría si el paciente fuera un familiar directo suyo. Este *flash* se repite casi cada día y desasosiega a la doctora hasta el punto de que decide renunciar a los incentivos, a pesar de que el resto de parámetros de su complemento retributivo variable le resulta muy favorable. “Las pesadillas que tengo sobre este tema no me compensan este dinero que me ofrecen. Prefiero decidir sobre cada paciente sin ningún tipo de cortapisa”, declara a sus superiores.

Valores en conflicto

En un caso clínico como el presente conflicto de valores hay muchos. No todos pueden analizarse al mismo tiempo. Es fundamental ir uno por uno. Aquí interesa fijar la atención en el conflicto que tiene la Dra. Encarnación X, que ve peligrar su incentivo económico por el hecho de buscar lo mejor para sus pacientes. Los valores en este conflicto están perfectamente explicitados por su propia protagonista en la parte final de la historia:

- De una parte está el beneficio del paciente, que considera lesionado caso de utilizar los fármacos propuestos por el comité de expertos.
- De otra parte, el incentivo económico, que también es un valor, y un valor estimable.



El problema de la doctora X es cómo resolver este conflicto. Tiene claro que los dos valores son positivos y que por tanto debe hacer lo posible por no lesionarlos. Pero lo ve difícil. Podemos suponer que en esa situación acude al Comité de Ética Asistencial de su Centro de Salud en busca de consejo. Lo que se describe a continuación, es el modo como el Comité podría analizar el conflicto y hacer algunas recomendaciones prácticas.

Cursos extremos de acción

Los cursos extremos consisten siempre en la opción por uno de los valores con lesión completa del otro. Este modo de proceder es mucho más frecuente de lo que se sospecha. Existe la tendencia a pensar que cuando dos valores entran en conflicto, la obligación moral consiste en ver cuál de esos dos valores es superior al otro, y por tanto a cuál de los dos debemos dar prioridad en nuestra decisión. Esto es lo que parece que la doctora X está a punto de hacer, optar por un valor extremo, el mejor cuidado de su paciente, en detrimento del incentivo económico. Sin embargo, la primera obligación del profesional no es ésta, sino procurar por todos los medios salvar los dos valores en conflicto. La razón es obvia: los dos valores obligan, y por tanto nuestra obligación moral pasa por realizar ambos lo más posible o lesionarlos lo menos que podamos. De ahí la importancia de iniciar el análisis identificando los cursos extremos, a fin de luego ver qué cursos intermedios somos capaces de encontrar, ya que entre estos últimos ha de hallarse, en principio, el curso óptimo.

En el caso que nos ocupa, los cursos extremos son:

- Optar por el mejor cuidado del paciente con detrimento del incentivo económico. Es el curso que está a punto de tomar la doctora X.
- El curso opuesto sería optar por el incentivo económico, y por tanto aplicar los fármacos recomendados por el comité de expertos y sometidos a incentivos, haciendo caso omiso del otro valor, el mayor beneficio del enfermo.

Estos dos cursos, como ya hemos dicho, son muy lesivos, porque anulan uno de los valores en juego, y nuestra primera obligación moral es promover la realización de todos los valores positivos del caso. De ahí que tengamos que identificar todos los otros cursos posibles, que por definición han de ser intermedios, a fin de encontrar entre ellos el o los cursos óptimos.

Cursos intermedios de acción

Algunos cursos intermedios ya los han intentado poner en práctica los profesionales del citado equipo de salud, a lo que parece sin resultado positivo:

- Uno de ellos es poner el asunto en conocimiento de la dirección, a fin de que tome las medidas necesarias para solucionar el problema. Los profesionales dicen que esos intentos han fracasado, y sus recomendaciones no han sido tomadas en consideración.
- Otro curso intermedio sería pedir la ampliación del margen que da la directiva para hacer excepciones a la morfina.
- Otra posibilidad es buscar las razones por las que el equipo de expertos recomienda esos fármacos, no sea que haya razones para ello y que no sea del todo cierto el que su uso lesiona el deber de procurar la mejor asistencia de los pacientes.
- Caso de que la revisión bibliográfica demostrara que hay razones para proceder como lo hace la doctora X, debería pedirse una reunión con los expertos que elaboraron las normas, a fin de discutir con ellos el problema y revisar la guía.
- Si lo que está en juego es el mayor beneficio del paciente, la doctora X debería buscar el apoyo de sus compañeros del centro y, después, los de otros centros de salud o el apoyo de su sociedad científica, dado que la obligación de hacer lo mejor por los pacientes es común a todos ellos.
- Además la Dra. Encarnación X haría bien en preguntarse si otros compañeros están cómodos con este incentivo. A fin de cuentas no puede presuponer que ella es mejor profesional que otros colegas que aceptan o incluso apoyan este incentivo. Algunas personas tienen la tendencia a pensar que por el simple hecho de que ellas tienen más dudas éticas que el resto de colegas son automáticamente más éticas que ellos. Sería un sesgo elitista de pensamiento rebozado con justificaciones morales, una estrategia que en el fondo cultiva la autoestima de quien la practica.
- Ahora bien, la conducta de la doctora no parece motivada por este “parecer mejor que los demás”, sino más bien por un estilo de pensamiento culposo. A esta doctora le causa terror hacer algo inapropiado, y la mera duda la desasosiega. Una estrategia para cancelar la ansiedad es sencillamente huir, y eso es lo que hace. En el fondo desarrolla una fobia al incentivo, una conducta que la perjudica económicamente, ya que si actuara ignorando el incentivo ligado a fármacos, su buena praxis la conduciría a cobrar la mayor parte del complemento retributivo en juego. Por consiguiente estamos ante un caso muy interesante —y por cierto nada raro— en que el profesional decide no interiorizar un conflicto por el coste psicológico que le supone. ¡Sin embargo el planteamiento del problema parece a todas luces ético y sólo ético! Mucho nos tememos que



sería tarea imposible convencer a la doctora de otras buenas razones y otros escenarios intermedios sin que ella interiorizara este miedo a afrontar un conflicto, a ni siquiera poderse imaginar realizando una elección incorrecta. Su temor estriba –recordémoslo– en que en el momento de decidir el mejor tratamiento para el paciente, la presencia del incentivo pueda sesgar su conducta final. Sin embargo, este temor suele ser exagerado. Por su misma estructura de personalidad, (muy responsable y meticulosa), sopesaría cada decisión de una manera objetiva y madura. En este punto el argumento que suele cambiar este perfil de profesionales a una actitud más abierta, es hacerles ver que se están negando (ellas mismas) un derecho, el derecho a que se les compense por el buen trabajo que ya realizan, y que de todas maneras seguirán realizando. Cuando perciben el problema desde este otro ángulo pueden también entrar a considerar el resto de argumentos –(estos sí, plenamente referidos a la ética)– que a continuación daremos.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

Como tantas veces sucede, los cursos intermedios se pueden ordenar entre sí, de modo que unos tienen prioridad sobre otros y a éstos sólo se debe acudir en caso de que los otros no resulten operativos o eficaces. Un orden escalar posible es el seguido en la descripción de los cursos intermedios que acabamos de hacer. En ella también se ve que la doctora X ha puesto en práctica el primero de ellos, y que ante su fracaso está pensando optar por un curso extremo. Esto no es correcto. Bien individualmente, bien con la ayuda de sus compañeros, debería poner en práctica los demás cursos intermedios, o al menos intentarlo. Sólo así podrá encontrar una solución al conflicto sin lesionar ninguno de los valores que antes hemos identificado. Es probable que ella considere que el incentivo no merece el esfuerzo que supone poner en práctica los otros cursos intermedios. Y eso sí que es en sí un grave problema moral, porque entre las obligaciones del profesional está el hacer lo posible para que la asistencia de los pacientes, no sólo de los suyos, sino de todos, sea la óptima. Si la directiva sobre uso de fármacos en unidades de paliativos es incorrecta, debe ser modificada, y es obligación de los profesionales implicados en esos equipos el luchar para conseguirlo.

Recomendaciones

- La ética no trata de lo bueno, a diferencia de lo malo, sino de lo óptimo. Cualquier decisión distinta de la óptima es por definición mala. El juez que no dic-



tara la sentencia que considera óptima obraría mal. Lo mismo cabe decir de cualquier otro profesional. Y, por supuesto, esto es aplicable también al médico. El profesional sanitario ha de hacer lo que es mejor para su paciente, debe buscar su mayor beneficio, y de no hacerlo así, actúa incorrectamente.

- Esto diferencia claramente las obligaciones jurídicas de las obligaciones éticas del profesional. Una función fundamental del Derecho es sancionar las conductas que se hallan por debajo de mínimos que se consideran exigibles a todo profesional. Tal sucede con los delitos de “ignorancia”, “impericia” y “negligencia” profesional. Pero la ética no puede conformarse con esto. La ética aspira siempre a la excelencia, es decir, a lo mejor, a lo óptimo. Uno puede cumplir con los mínimos exigidos por el Derecho y no hacer lo que debe, es decir, no actuar de modo éticamente correcto. Esta distinción es fundamental, ya que en general se confunden estos dos niveles, el propio del Derecho y el específico de la Ética. El resultado de esta fatal confusión es lo que se conoce con el nombre de “medicina defensiva”.
- Los incentivos no pueden suplir ni suplantar la motivación moral. El hecho de que hacer las cosas bien exija un gran esfuerzo y que el incentivo sea de cuantía menor y no compense tanto esfuerzo, no libera al profesional de la obligación de hacer lo mejor por los pacientes. Esta obligación es intransferible, y no puede hacerse dependiente de un incentivo. El incentivo ha de tener por objeto premiar las buenas prácticas y recompensar por la búsqueda de la excelencia, pero no puede convertirse en la motivación por la que los médicos hagan las cosas. Confundir incentivo con motivación o con obligación moral es un error de enormes consecuencias.



PROBLEMA 3

Incentivos por mejora en la prevención

Las actividades preventivas se han convertido en parte clave de la práctica clínica diaria. No es extraño que la prevención ocupe tanto tiempo de la consulta del médico, dada su eficacia. Pero la prevención tiene un “halo” positivo que lleva a la aceptación con pocas críticas de todas las propuestas que llegan al médico. En base al “más vale prevenir que curar”, vale todo y todo se acepta. Sin embargo, la prevención tiene sus límites y sus perjuicios y conviene valorarlos para tener una idea clara de las ventajas e inconvenientes.



Entre las actividades preventivas de mejor prensa están las vacunas. Las vacunas son los medicamentos mejor valorados por los profesionales y la población, seguidos por los antibióticos. Es lógico, pues las vacunas han salvado millones de vidas y evitado millones de complicaciones y minusvalías. Basta pensar, por ejemplo, en la vacuna contra el virus de la poliomielitis, y tener en cuenta los minusválidos que antes “poblaban” nuestras ciudades y que hoy han desaparecido. Pero en las vacunas también hay excesos y propuestas excesivas, “de más”. Sirva de ejemplo la vacunación contra el tétanos.

El tétanos es una enfermedad terrible y muchas veces mortal que se previene con la vacuna. El tratamiento de la enfermedad declarada es difícil y prolongado, puede dejar secuelas y muchas veces acaba en muerte, sobre todo en ancianos. La vacunación antitetánica se inicia en la infancia, en un ciclo de cinco o seis revacunaciones que finaliza a los catorce años. Después, se suele revacunar cada diez años (incluso cada cinco) pero sabemos que bastaría con una dosis de recuerdo en toda la vida, en torno a los 65 años. Este conocimiento es de dominio público y bien fundado (está implantado como parte de la estrategia general de prevención en el Reino Unido hace veinte años, por ejemplo), pero sólo se introdujo en una publicación del Ministerio de Sanidad en 2009, y en la mayoría de las CCAA persiste la recomendación de revacunar contra el tétanos cada diez años.

¿Qué conflictos plantea la existencia de incentivos para revacunar contra el tétanos cada diez años cuando sabemos que es suficiente con una dosis de recuerdo en toda la vida, en torno a los 65 años?

Caso 3

En un barrio de una gran ciudad, una paciente ha fallecido de tétanos. La prensa ha recogido varias noticias sobre dicho caso, pues la anciana muerta se infectó al pincharse con las espinas de un rosal que tenía en el balcón, y al encontrarse débil fue a consultar con su médico, que la derivó urgentemente a salud mental por sus dificultades para hablar. Sólo en el último momento el psiquiatra de guardia sospechó la causa infecciosa, pero muy poco después anciana murió. Al revisar la historia clínica quedó claro que la paciente no había sido nunca ni vacunada ni revacunada contra el tétanos, y constaba su rechazo a la vacunación, literalmente entrecomillado: “rechaza la vacuna contra el tétanos porque dice que eso es cosa de pueblos, y que aquí no pasa; se insiste pero no atiende a razones”.

Con motivo del fallecimiento de la paciente, los profesionales del Centro de Salud correspondiente revisan todas las historias clínicas (15.000) para determinar el estado vacunal de los pacientes frente al tétanos. Descubren que hay graves

fallos, especialmente por no cumplimiento de la revacunación cada diez años y por falta de registro en los inmigrantes. Los fallos son más frecuentes en las mujeres mayores de 65 años, bien por su negativa a vacunarse, bien por ausencia total de registro al respecto. Muchas ancianas no han sido vacunadas nunca, a diferencia de los varones de su edad, pues casi todos ellos fueron vacunados al menos al hacer el servicio militar obligatorio. Por todo ello, los profesionales deciden emprender una “campaña” que asegure la revacunación de todos los pacientes, con énfasis en el grupo de mujeres mayores de 65 años.

Como era de esperar, el caso levantó gran revuelo, y la Gerencia decidió rápidamente introducir un incentivo para lograr que todos los pacientes se revacularan contra el tétanos cada diez años.

El médico y la enfermera encargados de organizar la “campaña” en el Centro de Salud afectado encuentran varios trabajos de Luis Palomo en los que éste demuestra la eficacia de la revacunación una sola vez en la vida. Comprueban que esta pauta fue finalmente recomendada por el Ministerio de Sanidad al comienzo de 2009. También comprueban que la Comunidad Autónoma suya sigue recomendando la revacunación cada diez años. El exceso en la revacunación tiene graves inconvenientes, locales y generales, incluyendo afectación renal. Si es posible revacunar sólo una vez en la vida, no hay duda acerca de que ésa debería ser la pauta. Pero la Gerencia incentiva la revacunación decenal, y resultará chocante que cree problemas y que promueva una pauta más simple y menos agresiva justo el personal del Centro de Salud “origen” del problema. El médico y la enfermera comentan la cuestión en una reunión de todo el personal del Centro de Salud, y deciden hablar con la Gerencia, presentarle un informe al respecto e intentar seguir la pauta racional (revacunación una vez en la vida) que simplifica el trabajo y tiene menos efectos adversos con el mismo resultado en salud.

Valores en conflicto

Los profesionales del Centro de Salud sienten que no son precisamente ellos los más reconocidos como “prudentes” respecto a la prevención antitetánica, pero en lo íntimo saben que no lo hicieron mal en el caso que salió a la prensa, y que es hora de hacer las cosas bien, aunque sea en contra de la opinión de la Gerencia, y de los incentivos establecidos para fomentar la vacunación. Estos incentivos promueven una pauta errónea con la que no se compensa el beneficio con el perjuicio en lo que respecta al paciente, y que además conlleva más costes de organización (suministro de la vacuna, seguimiento cada diez años, etc.) y más tiempo para los profesionales, que lo detraerán de tareas más importantes y efectivas.



Los dos valores en conflicto son:

- De una parte lograr el máximo beneficio en salud, respecto al tétanos. Es decir, la necesidad de ofrecer la vacuna antitetánica a toda la población, especialmente a la más desprotegida, las mujeres ancianas.
- De otra parte la búsqueda de la eficiencia, de la mejor respuesta y pauta, la que mejor equilibrio tenga entre beneficios y riesgos para el paciente y menores costes tenga para la organización y para el trabajo diario de los trabajadores.

Cursos extremos de acción

- Sería un curso extremo de acción el ofrecer la revacunación a todos los pacientes cada diez años e implantar una “campana” en el Centro de Salud que asegure el cumplimiento de este objetivo y la consecución del incentivo. Con ello se ignoran por completo las cuestiones en torno a la efectividad y eficiencia.
- El otro curso de acción sería ignorar por completo las instrucciones de la Gerencia y seguir la pauta de revacunación una vez en la vida. De esta forma se resuelve el problema local pero se pierde la oportunidad de lograr el cambio lógico, en toda el área de influencia de la Gerencia.

Cursos intermedios de acción

Las mejores soluciones suelen ser las que tienen en cuenta todos los valores en conflicto, que en este caso son el mejor beneficio para la salud a costa de la mejor pauta en la revacunación antitetánica. Para ello a los profesionales no les basta el cumplimiento de las normas sugeridas por la Gerencia, que además se refuerzan por un incentivo específico. En el caso concreto considerado, el caso de tétanos con muerte ha conmovido a todo el personal y su deseo es hacerlo lo mejor posible, con o sin incentivos. Como posibles cursos intermedios de acción se plantean los siguientes:

- Tras la revisión de las quince mil historias, elaborar un informe acerca del estado de la vacunación antitetánica en la población y difundirlo entre los otros centros de la misma ciudad. Elaborar un anexo de recomendaciones en que se recoja la propuesta del Ministerio de revacunación única a los 65 años, y proponer ésta como la mejor alternativa que debería ser incentivada. Buscar una acción común de presión sobre la Gerencia.
- Aceptar la sugerencia de la Gerencia, pero aplicarla en una primera fase sólo a los ancianos no vacunados. Es decir, iniciar la pauta de revacunación en los que nunca fueron vacunados, con énfasis en las mujeres ancianas, y contabilizarlas en el futuro plan de revacunar cada diez años. Al tiempo, plantear un

plan de acción para convencer a la Gerencia de la necesidad de simplificar la pauta recomendada para cambiarla de cada diez años a una vez en la vida en torno a los 65 años.

- Convencer a la Gerencia para establecer una comisión que ponga al día la situación de las vacunas tanto en población infantil como en adultos. Se trataría de lograr obtener el máximo beneficio de las vacunas con el menor perjuicio, de forma que se utilizasen juiciosamente, según la mejor pauta científica. La Gerencia podría aprovechar esta comisión para revisar a fondo los excesos y defectos en la aplicación de las pautas de la prevención en general.
- Difundir los trabajos españoles e internacionales que demuestran fehacientemente la misma eficacia de las pautas excesivas, tipo revacunación cada diez años, que las pautas restringidas, tipo revacunación una vez en la vida. Para ello lograr los originales en PDF, y organizar una jornada en la ciudad, para profesionales, sobre “actualización en vacunas”.
- La Gerencia acepta el cambio en el incentivo, para promocionar la revacunación de todos los adultos a los 65, años pero sólo hasta que una comisión emita un informe al respecto.

Curso(s) óptimo(s) de acción

La muerte de la anciana por tétanos es un poderoso motivo para revisar todo el calendario vacunal a lo largo de toda la vida en toda la población dependiente de ese Centro de Salud y de los de la misma ciudad. La Gerencia podría aprovechar “el tirón” del caso para urgir a los profesionales a un mejor uso en general de la prevención. En concreto, podría utilizarse la vacunación antitetánica como ejemplo de “ni tanto ni tan calvo”, de los problemas que plantea una prevención vista sin límites y sin problemas. En este sentido, sería solución óptima la que combinase la creación de una comisión para revisar las pautas vacunales en niños y adultos, y después para revisar la prevención en general, con un cambio en el incentivo para promover la revacunación de todos los adultos una vez en la vida, en torno a los 65 años.

Son también cursos próximos al óptimo, la solución pragmática del Centro de Salud de aceptar el incentivo en lo que implica revacunar a los ancianos nunca vacunados, al tiempo que se plantea la estrategia para convencer a la Gerencia.

En todo caso, lo fundamental es la mejora del estado de salud de la población mediante la revacunación, con especial énfasis en las ancianas, que son las más indefensas frente a la infección y las que peor pronóstico tienen. Este fin debería cumplirse sin dañar a la población por exceso de vacunación y sin despilfarrar recursos, ni materiales ni personales.



Recomendaciones

- El caso de la anciana muerta por tétanos puede ser un revulsivo para dar un repaso en profundidad no sólo a las vacunas sino a todo el campo de la prevención. Como actividad sanitaria, la prevención tiene ventajas e inconvenientes y no puede verse como libre de problemas. Por buena que sea una aplicación preventiva, su exceso suele ser perjudicial. Además, los despilfarros en recursos tienen un coste-oportunidad, pues lo que se emplea en algo innecesario se deja de emplear en lo necesario. Por todo ello, sería recomendable que los eventos con impacto, del tipo de muerte evitable por tétanos, se emplearan para remover un campo en el que existe demasiada auto-complacencia, incluso con excesiva aceptación por la población.
- Por otra parte, las reacciones “pasionales” no son buenas para introducir incentivos. Si hay que fomentar algunas pautas preventivas, algunas vacunaciones, conviene establecer un plan general y para ello es fundamental contar con los profesionales y elaborar un estudio que lo justifique. El conocimiento no es estático y es importante trasladar cuanto antes lo nuevo a la práctica clínica, pero muchas veces las pautas obsoletas son capaces de mantenerse contra toda lógica. Precisamente los incentivos pueden servir para acelerar la transferencia de nuevo conocimiento, de forma que se beneficie cuanto antes el paciente. Para ello, los incentivos tienen que ser pensados, evitando su introducción apresurada y equivocada.
- En síntesis, este caso plantea en general el campo de los incentivos para el fomento de la prevención y en particular los problemas que surgen con los incentivos que se introducen con prisas y en contra del mejor conocimiento. La recomendación es que los incentivos tengan siempre un sólido fundamento científico y que sean cuidados para promover la actividad en su justa necesidad, ni en exceso ni en defecto.
- De este caso puede y debe sacarse otra consecuencia de la máxima importancia. En él, como ha podido advertirse, el curso óptimo se halla más próximo al primero de los cursos extremos que al segundo. Lo cual nos permite deducir que el curso óptimo suele ser intermedio, pero que no por ello ha de estar equidistante de los extremos. Es más, si fallaran todos los cursos intermedios (esto sucedería, por ejemplo, si la Gerencia se negara a rectificar su política de revacunación cada diez años), habría que optar por ese curso extremo. Lo que el método pide es que no se opte por un curso extremo más que cuando se ha demostrado que los cursos intermedios son impracticables o ineficaces. Pero llegado ese

caso, que no suele ser frecuente, la opción por uno de los cursos extremos puede ser no sólo posible sino necesaria. Lo que no es correcto es ir directamente a los cursos extremos, a pesar de la tendencia natural que tenemos todos los seres humanos de reducir todos los cursos posibles a esos dos. El objetivo del método es fomentar la prudencia y, con ella, la buena práctica. Y ésta pasa por el análisis cuidadoso y la evaluación de todos los cursos intermedios.

PROBLEMA 4



Incentivos por mejora de la prescripción farmacéutica, con ahorro en los costes mediante el fomento del uso de genéricos

La terapéutica farmacológica es el tratamiento más frecuente a los problemas que plantean los pacientes en Atención Primaria. De hecho, más del 60% de los encuentros clínicos terminan con la prescripción de un medicamento. Por ello el coste farmacéutico es de los más relevantes, de tanta importancia como el gasto en bajas laborales o en sueldo de los profesionales. Y ese gasto en medicamentos puede mejorarse en mucho sin que se resienta la calidad. Es más, la mejor calidad suele acompañarse de menor coste farmacéutico, de forma que el fomento del uso racional de los medicamentos suele ser parte del paquete que engloba ahorro, calidad y seguridad en Atención Primaria. Entre las medidas más frecuentes, suele incentivarse el uso de genéricos, en el buen supuesto de que son de menor precio y similar contenido y eficacia. Pero los genéricos no son siempre de menor precio que los medicamentos de marca, y en España no dejan de tener “marca”, pues cada laboratorio añade su nombre a la denominación científica, y cada envase y presentación física es distinta. Además, el gasto en farmacia (según cantidad y calidad normativa) es criterio básico para incentivar no sólo al médico responsable de la prescripción sino a todo el equipo de Atención Primaria, y los incentivos globales pueden llegar a ser de cinco mil euros por año y médico.

Esto plantea distintas cuestiones: ¿Cómo debe responder el clínico a incentivos por prescripción de genéricos cuando no se ha exigido al mercado la presentación homogénea de productos similares? Es decir, ¿puede el médico aceptar incentivos que lleven a equivocaciones en el cumplimiento terapéutico? Adicionalmente, en casos como éste, de incentivos “grupales” ¿en qué forma repercuten en la organización y trabajo del equipo?



Caso 4

Matrimonio anciano en que ella cuida de su marido, de más edad y con mayor deterioro físico y mental. La esposa es analfabeta y tiene deterioro visual. Se queja al médico de cabecera porque “cada vez me dan un medicamento distinto en la farmacia y así no hay quien haga las cosas bien”. El médico comprueba que es cierta la apreciación de la anciana, pues su prescripción de genérico conlleva cambios frecuentes en la presentación física del envase y de las “píldoras”. Los cambios existen aunque añada el nombre del laboratorio fabricante a la denominación internacional. El médico decide hablar con el farmacéutico de la farmacia a la que suelen acudir los ancianos, quien le explica que cambia según la oferta que le hayan hecho, que hay mucha competencia entre los laboratorios y que algunos llegan a darle “tres por dos” envases de genérico, lo que le permite optimizar sus ingresos. El médico decide pasar a utilizar medicamentos de marca, lo que conllevará menos incentivos para él y para el equipo de Atención Primaria.

Valores en conflicto

El médico de este caso se encuentra ante el conflicto de prescribir un medicamento genérico a pesar de los inconvenientes que ello conllevará para la cuidadora principal, lo que le permitirá recibir el incentivo económico ajeno al incremento del uso de genéricos, o prescribir un medicamento de marca, lo que evitará problemas a la cuidadora principal y al paciente pero disminuirá sus ingresos por incentivos.

Los dos valores en conflicto son, por tanto:

- De una parte, la salud del paciente, la tranquilidad de los familiares y el asegurar el cumplimiento terapéutico.
- De otra, la búsqueda de la eficiencia, prescribiendo los medicamentos que a igual eficacia tengan un precio menor, lo cual va unido a la percepción de los incentivos adscritos al uso de genéricos.

Cursos extremos de acción

- Un curso extremo es optar por el primero de los valores, con lesión total del segundo. En este caso, un curso extremo sería la opción general e indiscriminada por los fármacos de marca, con desatención completa al valor de la eficiencia y de los incentivos.
- El otro curso extremo es el opuesto al anterior, dado que opta por el segundo valor con lesión total del primero. En este caso se trataría de optar siempre y de modo indiscriminado por los medicamentos genéricos, sin atender a los otros valores en juego.

Cursos intermedios de acción

Entre esos dos cursos extremos cabe identificar muchos cursos intermedios. Todos ellos tendrán el mismo objetivo, salvar todos los valores en conflicto, o lesionarlos lo menos posible. Algunos de los posibles cursos intermedios son los siguientes:

- Fijar objetivos realistas, que den pie a salvar la flexibilidad que conlleva la adaptación a los problemas de pacientes con dificultades para el cumplimiento terapéutico. La utilización de genéricos o de medicamentos de marca tiene que hacerse contando con muchos factores, entre otros las características de los pacientes a quienes van dirigidos y sus cuidadores, porque en caso contrario puede suceder que por muy eficientes que sean, pueden resultar muy poco efectivos. Y el logro de la efectividad es un objetivo fundamental en el acto de prescripción.
- Promover el análisis de casos y circunstancias en las que se justifica el uso de medicamentos de marca. Por ejemplo, en el caso de pacientes con problemas visuales, o con otras discapacidades sociales como el analfabetismo. Lo importante es resaltar los problemas en relación con la seguridad.
- Estudiar con cada médico su perfil de prescripción, de forma que se le dé pie a explicar las razones de sus peculiaridades. En muchos casos no es fácil interpretar el uso de medicamentos si no es a través de un conocimiento que sólo tiene el propio médico de cabecera.
- Hacer llegar a las autoridades los problemas de seguridad que provoca una política de promoción excesiva de los genéricos y de la prescripción según principio activo, al objeto de lograr que los medicamentos con el mismo contenido tengan presentaciones similares.
- Implicar a los farmacéuticos comunitarios en las políticas de uso racional del medicamento. Las oficinas de farmacia tienen por objeto el beneficio comercial, pero al tiempo son establecimientos sanitarios que realizan una labor encomiable más allá de la simple dispensación de medicamentos. Convendría lograr la colaboración de los farmacéuticos en el análisis de casos y situaciones en que conviene por seguridad el mantenimiento de la misma marca de medicamento.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

La eficiencia, entendida como la razón coste beneficio de un producto, en este caso de un fármaco, es un valor fundamental que el profesional ha de tener siempre en cuenta. Pero también es un valor la efectividad, es decir, la eficacia del



medicamento en condiciones reales. Estas condiciones reales dependen de muchos factores, económicos, sociales, culturales, etc. Como el profesional tiene que atender a ambos valores, y buscar por tanto no sólo la maximización de la eficiencia sino al mismo tiempo también de la efectividad, necesitará evaluar las características propias de los pacientes y de sus cuidadores antes de prescribir un fármaco. El curso óptimo consiste, pues, en balancear eficiencia y efectividad, en orden a maximizar la decisión en las circunstancias concretas en que se tome. En el caso concreto de esta historia, la decisión tomada por el profesional parece la óptima, a pesar de que ello pueda repercutir en una disminución de sus incentivos.

Recomendaciones



Puesto que el fin de la Medicina es el alivio del sufrimiento y la evitación de la enfermedad cuando es posible, el uso racional del medicamento es un imperativo ético para los médicos. Por ello es parte de su compromiso social el empleo adecuado de los recursos para lograr un mejor uso en todos los pacientes presentes y futuros. El curso óptimo de la promoción de la prescripción de calidad y de precio apropiado tiene que subordinarse al fin de la institución sanitaria, pues también le afecta el *primum non nocere*. En este caso concreto, los incentivos deberían tener en cuenta algunas circunstancias, como la senilidad, la ceguera o el analfabetismo, en las que es importante lograr la dispensación de medicamentos que no cambien de formato y presentación. El objetivo general es laudable, pues representa un ahorro sin menoscabar la calidad, pero llevado a su extremo puede hacer daño grave, incluso pérdida del bien más preciado (la vida). En todo caso, no conviene olvidar la perspectiva global, y seguir pidiendo a las autoridades que los medicamentos idénticos tengan presentaciones idénticas. En la práctica se puede lograr el objetivo del uso racional del medicamento, con ahorro en gasto y mejora de la calidad y de la seguridad, sin llevar las cosas a su extremo. Es decir, conviene establecer criterios prudentes y aceptar un margen de prescripción adecuado de medicamentos de marca. Se puede analizar este margen en los casos que más se desvían, estudiando con el médico su perfil de prescripción y los hechos que lo justifican. En todo el proceso habría que integrar a los farmacéuticos comunitarios, de forma que sea posible hacer compatibles sus legítimos objetivos comerciales con la prestación de la mejor atención. Por otra parte, es también importante la implicación de los otros miembros de los Equipos de Atención Primaria, pues los incentivos “dependientes” de la prescripción afectan en muchos casos a todos. En último término, la industria farmacéutica también puede ser un aliado en el mejor

uso de los medicamentos, siempre que se tengan en cuenta sus intereses y se evite la colusión con los mejores intereses de la sociedad.

Los incentivos al uso racional del medicamento no tienen rechazo cuando logran ahorros con aumento de la calidad y de la seguridad. Por eso es objetivo clave:

- Demostrar y difundir con cifras y datos que las políticas de incentivos para la prescripción por principio activo es un factor importante en la promoción del uso racional del medicamento (ahorro, calidad y seguridad). Ello se puede lograr con el análisis del impacto en los perfiles de prescripción, y con la publicación transparente de los datos (salvando los problemas de confidencialidad).
- Implicar a todos los profesionales, no sólo a los médicos. Aunque los médicos de cabecera son los protagonistas de la prescripción, otros profesionales son clave. Entre ellos, todos los miembros de los Equipos de Atención Primaria y los farmacéuticos comunitarios.
- Elaborar una política práctica que ayude a proteger a los pacientes “sensibles” a errores por el establecimiento de incentivos a la prescripción por principios activos. Para ello conviene identificar casos y situaciones y difundir los problemas de seguridad provocados. Entre las acciones a emprender, está la de promover la declaración de efectos adversos (*tarjeta amarilla*) relacionados con estos incentivos.
- Impulsar el compromiso global de mejora del uso de medicamentos, con normas sobre su comercialización y sobre la presentación idéntica de medicamentos idénticos. Es una forma de exigir coherencia a las autoridades sanitarias, su compromiso con la prescripción racional, que debe atender tanto al coste-eficiencia como al coste-efectividad.



PROBLEMA 5

Incentivos que pretenden mejorar la calidad del proceso de atención

La calidad clínica es manifiestamente mejorable. El “recorrido” entre lo que se hace y lo que debería hacerse es kilométrico, hasta el punto de poder hablar de “abismo” entre la práctica clínica diaria y la práctica posible si se aplicase el conocimiento científico. Por ejemplo, los pacientes diabéticos sufren muchas veces morbilidad y mortalidad (muerte precoz por infarto agudo de miocardio, amputaciones de extremidades inferiores, ceguera, etc.) innecesariamente prematura y sani-



tariamente evitable. Es lógico que se implanten incentivos que mejoren el proceso de atención, en el supuesto de que con ello se optimizarán los resultados, mejorando la atención y la salud de los pacientes. Ese es el objetivo de todos los incentivos que promueven un mejor desempeño o rendimiento (*Pay for Performance*, P4P en la jerga), que han recibido un gran espaldarazo con la iniciativa inglesa de introducirlos en el nuevo contrato con los médicos generales. Por supuesto, el incentivo está logrando su efecto, con la mejora de los indicadores. Pero no sabemos si esa mejora se acompaña de aumento de calidad de vida y de evitación de morbilidad y mortalidad. Por ejemplo, los estándares para medir la calidad de la atención a los diabéticos suele basarse en el control estricto de la glucemia (monitorizado a través de determinaciones de la hemoglobina glicosilada), pero sabemos que este control estricto conlleva peores resultados en la salud de los diabéticos tipo 2, según todos los ensayos clínicos realizados en el último medio siglo. Así, el cumplimiento de los incentivos puede entrar en conflicto con los objetivos clínicos. Además, se ha demostrado que buena parte del P4P se basa en una visión estrecha, que no tiene en cuenta las características básicas de la atención clínica sino más bien la carga de trabajo. Por ejemplo, se incentiva mucho más el cribado y seguimiento de la hipertensión arterial que el simple y eficaz consejo contra el tabaco, pese a que este último logra evitar muchas más muertes.

La percepción de incentivos por cumplimiento de objetivos de mejora de la calidad de la atención plantea varias preguntas: ¿Pueden aceptarse incentivos por mejora del proceso (lo que se hace y manda hacer), cuando se ignora su efecto en el resultado (la salud del paciente)? ¿Pueden aceptarse incentivos que cambien la prioridad de las acciones en el proceso, de forma que se primen más lo menos efectivo?

Caso 5

Mujer de 50 años, maestra de escuela, diabética tipo 2, muy colaboradora, fumadora, que pone todo su empeño en lograr controles estrictos de su glucemia, de sus cifras de tensión y de sus lípidos en sangre. Ha tenido dos comas hipoglucémicas en los últimos tres años que se han resuelto con inyecciones de glucagón por su marido e ingreso hospitalario breve. Su médico tiene un incentivo anual por buen control de los diabéticos, medido básicamente a través de la hemoglobina glicosilada. Tiene también un incentivo por recomendar la deshabituación al uso de tabaco, pero de mucha menor cuantía. La publicación de los resultados del ensayo ACCORD y la revisión de los que le han precedido en los últimos 50 años, llevan a pensar al médico de cabecera en la necesidad de tener una actitud más relajada

respecto al control de la glucemia en la paciente. Plantea la cuestión en una sesión docente y, para su sorpresa, se encuentra con la oposición de sus compañeros, médicos y enfermeras, que siguen convencidos de la bondad del incentivo, tanto en el orden clínico como en el monetario.

Valores en conflicto

El médico del presente caso tiene varios conflictos. Uno es el que tiene con sus compañeros, que defienden una postura sensiblemente distinta a la suya. Pero hay otro, que sin duda es el que más le preocupa. Él se pregunta qué es lo que debe hacer. Éste es el auténtico conflicto moral. No es la opinión de sus compañeros lo que le genera ese conflicto, sino la discordancia entre el modo como se ha establecido el incentivo y los datos aportados por la evidencia clínica. Su problema es si debe hacer caso a los ensayos clínicos y atender a criterios distintos a las cifras de hemoglobina glicosilada en el control de sus pacientes con diabetes tipo II, o si, por el contrario, debe seguir el criterio establecido y cobrar el incentivo. Así planteado el conflicto, es fácil ver que los dos valores que generan el conflicto son:

- De una parte, la salud y vida de sus pacientes.
- De otra, la atención al protocolo y la recepción del incentivo.

Cursos extremos de acción

Los cursos extremos consisten siempre en la opción por uno de los valores en conflicto con la lesión completa del otro. En este caso, los cursos extremos serían:

- La búsqueda del mayor beneficio de los pacientes de acuerdo con la evidencia científica hoy disponible, desatendiendo los criterios establecidos en el protocolo y la recepción del incentivo económico.
- Dar por bueno lo que dice el protocolo de actuación establecido y que lleva anejo el incentivo, aunque pueda redundar en algún tipo de perjuicio para los pacientes.

Cursos intermedios de acción

Como siempre, hemos de ver qué cursos intermedios permitirían salvar los dos valores en conflicto, o lesionarlos lo menos posible. Entre otros, cabe identificar los siguientes:

- La hemoglobina glicosilada es un índice para el control de la diabetes, pero no el único. El profesional puede utilizarlo, pero completándolo con otros factores que conviene tener en cuenta para un adecuado control de estos pacientes.



- Otro curso intermedio posible es hablar con las personas que hayan establecido esa política de incentivos, a fin de hacerles ver la necesidad de reformarlos, concediendo mayor valor a la deshabituación al tabaco e introduciendo en el control de los diabéticos tipo II otros factores además de la hemoglobina glicosilada.
- Analizar y difundir los posibles efectos beneficiosos de la introducción de algunos incentivos de mejora del proceso. Por ejemplo, para promover el consejo contra el tabaco, o para introducir los IECA en el tratamiento de los pacientes con insuficiencia cardiaca.
- El médico podría consultar la cuestión con los compañeros para conocer sus razones favorables al incentivo, y así contrastarlas con las suyas. Esto le permitiría matizar sus argumentos.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

Los tres cursos intermedios señalados pueden resultar óptimos, dependiendo de las circunstancias. Es obvio que hay que buscar lo mejor para el paciente, y además hay que intentar mejorar el protocolo de control de la diabetes a que va adscrito el incentivo. En cada caso habrá que ver cuál es el medio más adecuado para conseguir ambos objetivos.

Recomendaciones



Lo fundamental es que los incentivos de mejora de procesos se introduzcan en forma tal que los clínicos perciban que les ayudan a mejorar su práctica habitual. Por ello es necesario promover la participación de los médicos en su diseño, implantación, monitorización y modificación. Es clave que sean los propios médicos los que se exijan a sí mismos la prestación de la mejor asistencia posible, de forma que se acorte lo más posible la introducción de nuevos conocimientos. La sociedad tiene el derecho a esperar una atención sanitaria que incluya los estándares más eficaces, sin que persistan las prácticas obsoletas más tiempo del imprescindible. En esto debería implicarse también a los pacientes y a sus asociaciones, pues muchas veces esto conlleva el abandono de prácticas muy populares, como análisis y pruebas rutinarias. Para todo ello se precisa de muy buena información científica, expresada en forma que resulte inteligible tanto por médicos clínicos y como por legos. Esta información no siempre existe en forma tal, y otras veces los datos de los ensayos clínicos no son muy concluyentes, lo que genera gran polémica, como lo demuestran los sucesivos informes del Centro Cochrane Nórdico sobre los programas de prevención del cáncer de mama mediante mamografía. En todo caso, el objetivo

último del programa de incentivos debería ser la mejora de la salud del paciente, y no la mejora de los indicadores fáciles de medir (la hemoglobina glicosilada ya citada para el seguimiento de la atención a los diabéticos).

Los incentivos para mejorar el proceso de atención tienen su lado perverso, pero cuentan en general con la aprobación social y profesional. De ahí que sea recomendable:

- Introducir los incentivos de mejora del proceso en casos y situaciones en que haya gran acuerdo científico y profesional. Por ejemplo, para promover el uso de la penicilina en las amigdalitis.
- Emplear los incentivos de mejora de procesos tanto para promover nuevas prácticas como para eliminar las obsoletas. No se trata del ahorro por sí mismo, sino de mejorar la práctica clínica de forma que tenga impacto en la salud del paciente.
- Utilizar documentos de “crédito” para dar soporte a las decisiones. Por ejemplo, el informe del NIVEL inglés sobre la no necesidad de la prescripción antibiótica para la prevención de endocarditis en procedimientos dentales, urológicos y ginecológicos.
- Implicar a los líderes clínicos locales en el proyecto. Por ejemplo, de forma que se identifiquen los errores más frecuentes en el proceso de atención con mayor impacto en la salud de los pacientes, e iniciar la introducción de incentivos de mejora soportados por dichos líderes locales.
- Incluir en la propuesta de promoción de un mejor proceso de atención la monitorización continua del efecto práctico de los incentivos. Puesto que no tenemos claro en algunos casos la relación entre una buena atención y un buen resultado en salud, la salvaguarda de la monitorización facilitaría el cambio de decisión si no se logra el objetivo final.
- Crear un grupo con pacientes y médicos que analicen las oportunidades de mejora y la introducción de incentivos, según el conocimiento científico. Por ejemplo, para cuestiones muy populares, pero de nulo fundamento científico, como los chequeos.

Hacer las cosas bien satisface a cualquier profesional, y más al médico general que se enfrenta a diario al sufrimiento de sus pacientes. Por ello los incentivos a la mejora del proceso cuentan en principio con la aceptación de los clínicos. De ahí que en la introducción de los programas de mejora de la calidad de los procesos es conveniente tener en cuenta los siguientes criterios:

- Que sea evidente que el objetivo final a lograr es la mejora de la salud del paciente. No se trata de hacer simplemente las cosas bien, sino de hacer bien



aquellas cosas que hay que hacer porque tienen impacto en la salud de la población. En todo caso el programa no debería ser estático sino dinámico, para asegurar el cumplimiento del objetivo final.

- Que el incentivo propuesto se ligue a su posible impacto en la mejora de la salud, a través del cambio en la práctica clínica. En esta cadena es clave que se valore la dificultad prevista para modificar la práctica clínica diaria.
- Que participen los líderes clínicos en el diseño y seguimiento de todo el programa de incentivos. Aunque la ciencia es universal, la clínica debe ejercerse muy localmente, por lo que es importante que los líderes clínicos ayuden a poner en contexto la posible aplicación del conocimiento.
- Que se implique de alguna forma a los pacientes y a la comunidad, pues mucha práctica obsoleta y sin fundamento científico tiene gran aceptación popular. La mejora del proceso de atención no es sólo una cuestión técnica de aplicación del mejor conocimiento, sino que pasa también por el cambio social.
- Que se incluyan incentivos para la mejora de aspectos importantes pero difíciles de medir, como la empatía y la cortesía en el trato con los pacientes y sus familiares. El programa de mejora de procesos no debería limitarse a una visión biológica del sufrimiento humano, sino que debería incluir todas las facetas, tanto la biológica como la social, la cultural y la psicológica.

PROBLEMA 6

Incentivos a los médicos que pertenecen a los “grupos de expertos” de sus sociedades científicas



Los “expertos” de las sociedades profesionales de Medicina General/de Familia constituyen grupos que se sitúan por encima de los médicos clínicos “de base”. Los expertos se convierten en guías de sus compañeros de base, a los que asesoran y aconsejan. Además, cada grupo de expertos de Medicina General/de Familia pasa a tener contacto privilegiado con los expertos especialistas, habitualmente líderes de opinión, jefes de servicios hospitalarios, miembros de sociedades científicas y/o catedráticos de facultades de medicina. Estos a su vez los ligan a los expertos internacionales de renombre, cuyas publicaciones en inglés se difunden en el mundo entero. Es decir, los grupos de expertos de las sociedades profesionales de Medicina General/de Familia se convierten en correas de transmisión del conoci-

miento en una cadena que suele comenzar en el extranjero y acaba en el médico de base. En este sentido, pertenecer al grupo de experto es una categoría, un incentivo profesional fortísimo por los contactos que da y por el privilegio de tener primero el nuevo conocimiento y poderlo transmitir a los compañeros en charlas, cursos y congresos. Además, la industria (farmacéutica y otras) “mima” a estos expertos, haciéndose cargo de la mayor parte de los gastos de sus desplazamientos y formación continuada. Cabe la posibilidad de que los expertos terminen viendo la realidad a través de lo “nuevo”, y que transmitan conocimiento sesgado e interesado. Lo cual obliga a plantearse varias cuestiones: ¿Hasta qué punto el pertenecer a grupos de expertos puede sesgar el juicio científico de sus miembros? ¿Hasta qué punto los grupos de expertos son moralmente responsables de los daños causados por el seguimiento de sus recomendaciones?

Caso 6

El grupo de expertos en hipertensión de una sociedad profesional de Medicina General/de Familia manda una carta al director de la revista de su sociedad. Se queja de la publicación en la misma de comentarios a favor de los diuréticos como primera opción del tratamiento antihipertensivo, de que se releguen los IECA, CA y ARA-2, y de que se considere la hipertensión como un simple factor de riesgo y no como una verdadera enfermedad. Sugiere que no se publiquen ese tipo de comentarios y que se dejen a “verdaderos” expertos las publicaciones al respecto. Todo ello en un contexto como el español, en el que la publicación de los resultados del ensayo clínico ALLHAT, que demostraba los graves efectos adversos de la doxazosina, se acompañó de un aumento de la prescripción y uso de la misma, así como el abandono de la prescripción de la alternativa más eficaz y segura, el empleo de diuréticos. Los autores del estudio original que dio lugar a la carta del grupo de expertos apelan al fundamento científico de sus propuestas y se preguntan por la independencia de los miembros del grupo de expertos. Por otra parte, está documentado, por ejemplo en Canadá respecto a las guías cardiovasculares, que a mayor participación de expertos, peor calidad de dichas guías.

Valores en conflicto

Como siempre, lo primero que es preciso saber es quién tiene el conflicto o de qué conflicto estamos hablando. Los conflictos de valores se dan siempre en personas determinadas, y cada uno debe analizarse en relación a ella. En este caso, y dado que estamos analizando el tema de los incentivos, nos fijaremos en el conflicto de los médicos generales “expertos” (los que pertenecen a grupos de exper-



tos en sus respectivas sociedades científicas), que se ven sometidos a fortísimos incentivos profesionales que muchas veces no perciben como tales. En ellos hay o puede haber conflicto entre los siguientes valores:

- De una parte, el mejor conocimiento científico, libre de sesgos.
- De otra, los incentivos económicos o de cualquier otro tipo, que pueden entrar en conflicto con los valores antes identificados.

Cursos extremos de acción

Los cursos extremos consisten en la opción por uno de los valores en conflicto con lesión completa del otro:

- Un curso extremo es preservar de toda posible contaminación la evidencia científica, rechazando de plano cualquier tipo de incentivo, económico o de cualquier otro tipo.
- El curso opuesto es optar por los incentivos, haciendo caso omiso de su obligación de velar por la difusión de la mejor evidencia científica disponible.

Cursos intermedios de acción

Entre ambos cursos extremos es posible identificar varios cursos intermedios. Estos consisten en salvar si ello es posible los dos valores en conflicto:

- El saber da siempre autoridad y poder social, y es obvio que ello reportará necesariamente incentivos, muchas veces no directamente económicos, que son inherentes al rol social que desempeñan los expertos. Es inútil cerrar los ojos a la realidad y negar ese poder, porque en buena medida es inherente a la función que se desempeña. Del experto se espera que sepa gestionar ese poder con responsabilidad, y que por tanto sepa distinguir entre incentivos correctos y perversos, así como se espera también que rechace estos últimos. En caso contrario, no es digno de la confianza que la sociedad, o sus compañeros de profesión, han depositado en él.
- Otro curso intermedio consistiría en establecer códigos o documentos en que se dijera con claridad qué incentivos se consideran correctos y cuáles no. Hoy es práctica usual en las publicaciones científicas el declarar públicamente los posibles conflictos de intereses. En los documentos de los expertos esto debería quedar siempre explícitamente señalado.
- Que las sociedades científicas organicen procedimientos para controlar la labor llevada a cabo por los grupos de expertos y denunciar su proceder cuando éste no sea correcto. Estos grupos pertenecen a sociedades, y por tanto son éstas las que tienen la obligación de vigilar su actuación.

- Que las sociedades científicas exijan transparencia en las reuniones de los grupos de expertos. Por ejemplo, hacer públicas las actas de las reuniones y aceptar la presencia esporádica de participantes sin derecho a voto.
- Que las recomendaciones de los grupos de expertos comiencen siendo transitorias, dando tiempo a que su circulación entre los compañeros de base para que éstos tengan tiempo de presentar sus alegaciones y sugerencias.
- Que se integre en los grupos de expertos a aquellos compañeros de base que hacen críticas y sugerencias reiteradamente. Podrían establecerse canales privilegiados de contacto con ellos, personalmente o por otros medios.
- Que se declaren siempre los conflictos de intereses, así como mantener éstos en un mínimo. En este sentido, es fundamental lograr que el patrocinio de las empresas comerciales sea proporcional, transparente y sin que comprometa la independencia.
- Que se ponga a disposición de los compañeros y de los pacientes toda la documentación que justifica las recomendaciones y conclusiones de los grupos de expertos. Por ejemplo, haciendo accesibles todos los artículos de revistas empleados, o los informes de otros expertos.
- Que los médicos generales participen en proyectos junto con instituciones oficiales, de forma que los médicos generales expertos no dependan exclusivamente de otros expertos y especialistas y de la industria. Sería encomiable la cooperación con otras instituciones, como agencias de evaluación de tecnología, agencias de medicamentos, o boletines terapéuticos independientes.
- Que en las recomendaciones de los expertos se combine juiciosamente lo nuevo relevante con lo antiguo importante. Lo nuevo no es un valor en sí mismo, salvo cuando aporta mejoras sustantivas sobre lo previo.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

El curso óptimo sería una combinación de la mayoría de los cursos intermedios propuestos. La abundancia de cursos intermedios demuestra lo mucho que aún queda para que los consensos de expertos puedan considerarse correctos, estrictos y rigurosos.



Recomendaciones

Es clave que los grupos de médicos generales/de familia expertos de las sociedades científicas de Atención Primaria cumplan con su labor eficazmente. Su independencia les llevará a ser referencia ineludible en la toma de decisiones clínicas.



En cierta forma, si lograsen crédito entre sus compañeros, podrían ayudar a salvar el abismo entre la eficacia y la efectividad clínica. Su trabajo debería ser más de consenso y convencimiento que de confrontación. A ello ayudaría mucho la transparencia, el dejar claro que no hay intereses ocultos ni influencias vergonzosas; por eso la declaración de conflictos de interés es básica, como lo es el hacer público el acceso a las actas de sus reuniones y de sus contactos con otros expertos y con la industria; es política de transparencia también el dar acceso a todos los documentos empleados en la toma de decisiones. Además, es aconsejable que se difundan las recomendaciones sin darles forma final hasta haber oído a los compañeros de base, que muchas veces tienen conocimiento complementario, bien teórico bien práctico. En todo caso, conviene que los grupos de expertos salgan del campo exclusivo de la iniciativa privada y participen con instituciones públicas, pues ello les dará legitimidad y el aporte de fuentes independientes de conocimientos.

Los grupos de médicos generales/de familia expertos de las sociedades científicas de Atención Primaria pueden mejorar su dinámica de funcionamiento y la calidad de sus recomendaciones, de forma que el incentivo profesional lo sea también social. Se trata de lograr un equilibrio para que la puesta al día que sugieren sus conclusiones, combine lo mejor de lo nuevo y de lo antiguo. Convendría que en su funcionamiento se tuviera en cuenta que:

- El objetivo de su trabajo es dar el marchamo profesional a las propuestas de innovación en la atención a los pacientes. Este crédito se debe basar en la consideración del coste-oportunidad, es decir, valorar el coste de las propuestas teniendo en cuenta lo que se dejaría de hacer en el caso de que se aceptasen las mismas (al emplear unos recursos en lo nuevo se dejan de emplear en otras actividades ya en marcha).
- Su trabajo es dinamizador, no dogmático. Se trata de ayudar a los compañeros en la mejora de la práctica clínica, introduciendo lo nuevo relevante y conservando lo antiguo importante. No se trata de transmitir consignas. Por ello, es básica la transparencia en todo el proceso de elaboración de las recomendaciones, y básico también el lograr la colaboración de los médicos de base, tanto para el perfeccionamiento de las recomendaciones transitorias como para recibir e integrar sugerencias y críticas.
- El principal incentivo para la pertenencia a estos grupos de expertos y el trabajo en ellos es el crédito profesional que se logra. Conviene mantener otros incentivos en lo mínimo y declararlos como conflictos de interés. El apoyo para reuniones, viajes y otros gastos debería ser público, proporcionado y sin que menoscabe la independencia.

- El ámbito de trabajo de estos grupos no debería limitarse a lo privado sino buscar activamente la cooperación con lo público, con instituciones de reconocido prestigio como agencias de evaluación de tecnologías y boletines terapéuticos.

PROBLEMA 7



Incentivos económicos ligados al ahorro en centros de salud con autonomía de gestión

Las políticas de incentivos de las actuales administraciones sanitarias son consecuencia, en especial, de la extraordinaria variabilidad de comportamientos profesionales en el ámbito de la prescripción tanto de fármacos como de pruebas diagnósticas, y de que buena parte de la misma se considera que no es espontánea. En especial de lo primero, aunque ambos están aumentando el gasto sanitario sin contrapartidas en salud y, lo que es más grave, con efectos negativos graves para la salud de los pacientes. Los incentivos propuestos pretenden actuar de verdaderos contraincentivos, contrarrestando los incentivos perversos que determinan directa o indirectamente la actividad clínica.

Un incentivo puede ser eficaz para quien lo propone y ser aceptado o rechazado por quien tiene que obtenerlo, pero en todo caso su aceptación nunca es obligatoria, ni tampoco su rechazo debe considerarse mal comportamiento. El incentivo debe ser rechazado cuando incentiva algo que en sí mismo es éticamente rechazable o cuando sólo el incumplimiento de normas éticas permite obtenerlo; por ejemplo, incentivar por no realizar sedación paliativa a enfermos terminales o por no prescribir antibióticos a los pacientes con infecciones. Deben preocuparnos los comportamientos que pueden generar variabilidad clínica y pasar desapercibidos, con incentivos o sin ellos.

Si se parte de que cualquier incentivo puede ser perverso aplicado al sector salud, idéntico desvelo sería de aplicación a cualquier expectativa, circunstancia o condición que tuviera como objetivo el recibirlos, provenga de donde provenga. En consecuencia, como evitar el riesgo evita el peligro, se debería rechazar todo tipo de incentivo o motivación directa o indirecta generadora de conflictos de valores. Por otro lado, ese criterio debe aplicarse con carácter universal a cualquier incentivo de cualquier procedencia, lo realice quien lo realice dentro de la cadena asistencial, o que pueda tener relación con cualquiera de los profesionales sanitarios de la misma.



Pero esta posibilidad conduce al absurdo de la prohibición total de incentivos o motivaciones individuales que pudieran perturbar la respuesta automática de rechazo del profesional. Presuponemos que sólo bastaría con la buena intención, con un estado de pureza del comportamiento motivado por la inexistencia de riesgos que la alteren. Pero la respuesta automática de rechazo no tiene que ser correcta. Es más, si no hay motivación alguna, es posible que el profesional tampoco encuentre razón para mantenerse al día, y así es posible que sus respuestas acaben siendo tan puras como incorrectas.

De esto se desprende que los incentivos en sí mismos no son buenos ni malos, y que resultan necesarios, pudiendo estimular tanto comportamientos correctos como incorrectos. Alcanzar los objetivos no es obligatorio ni tampoco aceptar los incentivos que conlleven.

En consecuencia parece más adecuado discernir casos y situaciones y determinar qué incentivos son apropiados y cuáles no, y sobre todo evaluar la calidad de los resultados de las decisiones tomadas tras su implantación.

Caso 7

En un Centro de Salud, con el acuerdo y aceptación de todos los profesionales, se pone en funcionamiento una entidad de base asociativa con autonomía de gestión, con la aceptación explícita de todos los profesionales que trabajan en él, incluida la enfermería y el resto de profesionales sanitarios, para la prestación de asistencia sanitaria a una población adscrita. El Centro de Salud es de nueva creación, cuenta con una buena inversión y con mejor dotación de tecnología, y tiene claramente definido e implantado el papel de la enfermería y del resto de los profesionales sanitario.

El equipo constituido ha nombrado a su director y cuenta con un presupuesto cerrado para gastos de personal, consumos, I+D+i, pruebas diagnósticas y farmacia. Su cuenta de resultados económicos repercutirá sustancialmente en los incentivos económicos directos de cada una de las personas que trabajan en el centro, en la forma previamente pactada y aceptada por todos ellos.

En una de sus primeras reuniones del equipo, uno de los médicos plantea que los mecanismos de control y medición de resultados no son suficientes y que pueden afectar a la eficacia y seguridad de los pacientes. En consecuencia, considera éticamente rechazable aceptar un diseño de beneficios que pueda provocar pérdida de calidad o resultados negativos en los pacientes, además de poner en peligro la experiencia ilusionante en la que todos se han embarcado voluntariamente. Añade que no es lo mismo plantear compensaciones económicas en relación al

ahorro en los capítulos de personal, consumos y gastos generales, que no tienen por qué afectar a la calidad y seguridad de los pacientes, e incluso, aunque tiene dudas, en la ILT, que en el consumo de farmacia y de pruebas diagnósticas. Los ahorros en farmacia y pruebas diagnósticas, añade, no pueden ser motivo directo de incentivación, porque pueden provocar disminución de la calidad y conllevar riesgos para los pacientes. Propone que para obtener cualquier compensación por esos motivos deban alcanzarse resultados finales que, cuando menos, sean equiparables a los de otros grupos externos. Por otro lado, comenta que el registro del 100% de la actividad, la auditoría interna y externa y la encuesta a domicilio de la población, contemplados en el convenio suscrito, deberían tenerse en cuenta a la hora de las compensaciones. Todo lo apoya con documentación que pone a disposición del equipo. Y añade que cuanto más consistentes sean las actuaciones, mejor reforzarán la cohesión interna del equipo, reafirmarán sus convicciones y asegurarán el futuro de la experiencia.

Otros miembros del equipo se muestran en desacuerdo por la falta de confianza que suponen los argumentos esgrimidos. Se niegan en redondo a revisar los condicionantes establecidos para obtener las compensaciones en función de los resultados económicos mencionados. Añaden que no entienden que este mismo sistema pueda ser utilizado por diferentes CCAA con otros agentes, entregando a manos privadas con ánimo de lucro la gestión de parcelas de asistencia sanitaria, y sin embargo esos mismos criterios se pongan en cuestión cuando son los propios profesionales los que se convierten en gestores directos de los centros.

Valores en conflicto

Hemos dicho repetidas veces que los conflictos de valores se dan siempre en personas determinadas, y que es importante identificar la persona en la que situamos el conflicto. En este caso, se trata del profesional que plantea la revisión del sistema de incentivos. En él, indudablemente, hay un conflicto entre estos dos valores:

- En primer lugar, el valor económico, la obtención de incentivos económicos.
- En segundo término, la calidad de la asistencia y seguridad de los pacientes.

Cursos extremos de acción

- Pedir la exclusión del equipo y abandonar la experiencia.
- Aceptar compensaciones económicas por el ahorro indiscriminado derivado de la gestión clínica de los pacientes.



Los dos cursos extremos no parecen aconsejables. Especialmente desaconsejable es el primero de ellos, abandonar el equipo, porque no resuelve problemas ni permite avanzar en soluciones, y menos aún intervenir sobre una realidad que va a continuar.

Por otro lado, si los demás miembros del equipo aceptaran el otro curso extremo, claramente incorrecto, ello no obligaría a nuestro profesional, dado que nadie puede exigir a otra persona la realización de acciones incorrectas contra su voluntad.

Cursos intermedios de acción

- Ofrecer documentación sobre otras experiencias, dando tiempo para que todos puedan reflexionar sobre las mismas y pidiendo la convocatoria de una reunión ulterior.
- Rechazar cualquier incentivo personal relacionado con el ahorro en las partidas mencionadas.
- Pedir ayuda e intervención externa (Colegio de Médicos, expertos, etc.) además de someterlo a consideración del máximo responsable de la Administración.
- Nombrar un órgano mediador externo, integrado por profesionales sin conflicto de intereses con el equipo, coordinado por el Colegio de Médicos y donde estén representados los pacientes.
- Distribuir individualmente los beneficios colectivos que marca el convenio, sólo si se cumplen criterios de calidad definidos previamente y en función de ellos.
- Revisar anualmente los criterios de calidad en función de los resultados, a fin de ir mejorando los criterios de repartición de incentivos.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

La mayor parte de los cursos intermedios pueden complementarse y ser de aplicación, de acuerdo con criterios que pueden variar a la vista de los resultados de cada momento.

Parece obligado recopilar información sobre otras experiencias similares, así como dar a todos el tiempo para reflexionar sobre las mismas y poder discutir el tema más en profundidad en la próxima reunión.

En caso de conflicto, es importante pedir ayuda e intervención externa (Colegio de Médicos, expertos, etc.) además de comunicarlo y someterlo a la consideración del máximo responsable de la Administración, con el fin de ampliar las perspectivas sobre el tema y a la vez dejar constancia de todo lo planteado, independiente del resultado final.

Parece necesaria la existencia de un órgano mediador sin conflicto de intereses en el caso y con el apoyo jurídico necesario. Debería estar integrado por algún experto o asesor, aunque sea ocasionalmente y por varios médicos propuestos por el Colegio de Médicos y la Administración, todos de reconocido prestigio profesional y personal. Y debería integrarlo también algún miembro ajeno a las profesiones sanitarias, que representara la visión de los pacientes ciudadanos.

Al profesional siempre le queda la posibilidad de rechazar cualquier incentivo personal con el que se esté disconforme, lo que constituiría una expresión inequívoca de máxima libertad y responsabilidad personal. Pero incluso en este caso, debería realizarse siempre la evaluación final de los resultados obtenidos.



Recomendaciones

- La puesta en marcha de cualquier experiencia puede provocar cambios de actitud en la práctica diaria. En una experiencia como la expuesta, es recomendable reflexionar sobre algo tan relevante antes de su constitución y puesta en marcha. Aunque las dudas y consideraciones expuestas pudieran haberse realizado con anterioridad, su importancia es tal que pueden y deben hacerse en cualquier momento, sin que eso disminuya su validez. Para corregir errores vale cualquier momento, especialmente si se comparten y aún más si se documentan. Por lo tanto, no parece motivo para rechazar la reflexión el momento en que se hace, en especial cuando trata de solucionar un conflicto razonable que puede afectar a la calidad de la práctica clínica.
- Es recomendable el asesoramiento externo y el apoyo institucional de los Colegios profesionales, que pueden actuar como mediadores en situaciones de conflicto o de crisis, y como garantía y apoyo ante las dudas laborales y profesionales que originan situaciones nuevas como la expuesta.
- Nombrar un órgano mediador externo, integrado por profesionales sin conflicto de intereses con el equipo ni con la Administración, coordinado por el Colegio de Médicos y donde estén representados los pacientes.
- Lo que se distribuye deben ser siempre beneficios colectivos. Y debería hacerse en función de la evaluación final de resultados, así como del resto de la actividad y de la satisfacción de los criterios establecidos en el convenio. Para lo cual sería aconsejable la intervención del órgano asesor regulador y mediador. El



órgano regulador y el equipo deberían acordar y definir los criterios por los que habrán de repartirse los beneficios derivados del convenio en el siguiente ejercicio en función de los resultados, y una vez finalizado el ejercicio, procederán a la distribución de los incentivos.

PROBLEMA 8

Profesionales incentivados por la calidad de sus registros



La información clínica sirve para la prestación de servicios médicos personalizados, así como para la realización de estudios epidemiológicos y de gestión y control administrativo. Salvo en el primer caso, no se precisa la identificación individualizada de cada paciente. Como ya mencionábamos en la *Guía de Intimidación, Confidencialidad y Secreto*, “la creación de la historia de salud única y centralizada supone la concentración de toda la información clínica de cada paciente y de todos los pacientes, constituyendo una compilación unitaria de la información sanitaria dentro de una demarcación territorial, que hasta ahora permanecía repartida entre los diversos profesionales y servicios en los que el paciente había recibido alguna atención”. La información sanitaria está considerada como “sensible” y en tanto que tal necesitada de una “especial protección” que, desdichadamente, con frecuencia no tiene. Cuando se concentra toda la que corresponde a una comunidad, área de salud o Comunidad Autónoma, puede acabar sirviendo a otros muchos propósitos y fines, algunos incompatibles con los derechos e intereses de los pacientes y de sus familias.

Este tipo de conflictos están generalmente relacionados con el derecho a la confidencialidad de la información clínica por parte de los pacientes, que han dado su autorización sólo para que se use su información identificativa con fines clínicos, dentro de la relación médico-paciente. La historia clínica es el documento que recoge la información de todo el proceso clínico de un paciente. En ella hay datos muy íntimos, que el paciente revela al profesional con el único fin de que sirvan para su mejor asistencia. ¿Qué acciones o razones pueden justificar, con la excepcionalidad que corresponda, ampliar esos fines? ¿Es correcto obtener beneficios económicos del producto final de esa confianza?

El paciente debe tener derecho efectivo a conocer quién accede a sus datos y en qué condiciones, así como a decidir a qué información acceden otros pro-

fesionales y a cuál no, siempre que esto no afecte a su atención sanitaria ni suponga un riesgo para la colectividad. También puede solicitar la cancelación o modificación de los contenidos que sean inexactos o que no mantengan su vigencia. La Ley de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) y su reglamento de desarrollo, así como las leyes de derechos de los pacientes, recogen la obligación de informar y obtener el consentimiento del paciente. Además de esta exigencia jurídica, el profesional tiene la obligación moral de hacerlo, así como de informarle de la incorporación de sus datos a un archivo centralizado, así como de las medidas de protección de esos datos y de los riesgos que tales medidas conlleven.

Caso 8

Un Centro de Salud que dispone del 100% de la información de salud de sus pacientes en un sistema de registro informatizado, es incentivado en función de la calidad y contenidos de la información clínica. Registran la información clínica en una historia electrónica de salud, única y centralizada y cuyo acceso no requiere el permiso del paciente, solo la identificación con clave de los profesionales autorizados. El acceso es ilimitado para él o para quienes tienen el control del sistema. Esto se hace sin conocimiento de los pacientes, que también desconocen las consecuencias que pueden tener para alguno de ellos y para sus familias, así como la posible existencia de alternativas.

Llega un médico nuevo que cuando le hacen copartícipe de la situación la cuestiona abiertamente, se niega a participar y amenaza con comunicarlo al Colegio de Médicos. Por razones éticas manifiesta su negativa a colaborar en el uso de dicha información por terceros ajenos a los fines para los que ha sido recogida, así como a permitir el acceso a profesionales sanitarios y/o no sanitarios no directamente implicados en la asistencia de cada paciente, al menos sin la información adecuada y el consentimiento explícito de cada uno de ellos. Considera que el buen o mal uso de esa información no sólo es responsabilidad de la Administración del centro sino también suya, puesto que es él quien contrae con sus pacientes obligaciones que son personales e intransferibles. Considera, además, como un problema moral añadido, el que se fomenten con incentivos económicos o de otro tipo prácticas incorrectas. En suma, considera que los datos personales cedidos por los miembros de toda una población en el interior de una relación de confianza y con el único objeto de cuidar su salud no pueden ser utilizados para obtener contrapartidas económicas, sobre todo cuando éstas se consiguen lesionando los deberes de confidencialidad contraídos con los



pacientes, y además sin informarles de los riesgos de la medida y sin pedirles nuevo consentimiento.

Valores en conflicto

El conflicto que vamos a analizar es el del joven médico recién llegado al Centro de Salud que considera incorrecto el manejo que se está haciendo de la información clínica, a la que pueden acceder los trabajadores del Centro de Salud sin ninguna dificultad, aunque no estén al cuidado directo del paciente, así como la Administración del centro, a fin de distribuir los incentivos. Así planteado el problema, los valores en conflicto en este profesional son los siguientes:

- De una parte, el deber de proteger la información comunicada por sus pacientes, evitando que se utilice para cualquier otro objetivo distinto de aquel para el que fue recopilada.
- De otra, los valores relacionados con el acceso a la información por parte de la Administración del centro: la mejor gestión del servicio a los pacientes y los incentivos económicos relacionados con ella.

Cursos extremos de acción

Los cursos extremos consisten siempre en la opción por uno de los valores con la lesión completa del o de los otros. En este caso, los cursos extremos serían:

- La prohibición total por parte del médico del acceso a sus datos clínicos por cualquier otra persona ajena a la asistencia directa de los pacientes.
- La aceptación total del acceso de los trabajadores del centro a los datos, si es que la Administración del centro lo permite, y el cobro de los incentivos.

Como siempre, los cursos extremos distan de ser óptimos. El primero puede tener graves consecuencias en la gestión correcta del centro, que sin duda repercutirán en la atención a los pacientes. El segundo es también incorrecto, porque el médico tiene como deber profesional la protección de la información clínica, y por tanto ha de cuidar el modo cómo se gestiona y las personas que acceden a ella.

Cursos intermedios de acción

Este es un caso en que se ve con facilidad cómo los cursos extremos son incorrectos y la necesidad de buscar cursos intermedios. Todos ellos han de procurar salvar los dos valores en conflicto, o lesionarlos lo menos posible. El médico tiene obligación de velar por sus datos clínicos, ya que los pacientes se los han confiado, pero exagera cuando piensa que los pacientes no han autorizado a la Adminis-

tración del centro al acceso a tales datos. La autorización del paciente cubre todo el espectro de su atención clínica, y por tanto también el uso que de esa información necesiten hacer los gestores. Se trata, obviamente, de una autorización implícita, pero obvia. Hay un precepto lógico y jurídico que dice que quien puede lo más puede lo menos (argumento *a fortiori*; argumento *a maiore ad minus*), y la autorización que da el paciente con fines asistenciales es para el conjunto de su asistencia sanitaria o para todo lo que tenga que ver con ella. De esto no se hallan excluidos los gestores, siempre que el acceso esté justificado por razones de gestión del centro, incluso para la distribución de incentivos y que se realice de forma proporcionada, es decir, limitándose a los datos imprescindibles para el ejercicio de su función. Problema distinto es el del acceso incorrecto a la información, que se produce cuando profesionales no directamente implicados a la asistencia a los pacientes concretos acceden a sus datos, o cuando los gestores entran en conocimiento de datos que no son necesarios para su actividad. Esto es claramente incorrecto y el profesional debe denunciarlo, aunque si el programa es de todo el centro las obligaciones de custodia y uso correcto en este caso no son del médico sino de los gestores que acceden. Lo que siempre será incorrecto es que se incentiven prácticas viciosas, y en este caso, además, ilegales. En lo que sigue vamos a identificar los cursos intermedios relativos a los dos valores elegidos, dejando de lado el hecho de que en ese centro no haya medidas estrictas de control del acceso de los profesionales no implicados en la asistencia al banco de datos clínicos.

- Hablar con la dirección del Centro, a fin de delimitar bien cuáles son los usos que pueden considerarse correctos y cuáles no, y hacerles ver que el sistema informático debería estar programado para que toda persona que no esté implicado directamente en la asistencia a enfermos concretos, no pueda acceder a sus datos personales, aunque los datos epidemiológicos sean accesibles a los gestores y administrativos. Esto es, establecer un sistema de gestión y de control de acceso.
- Llevar el asunto a una sesión del centro, a fin de discutir este tema, de tanta importancia, entre todos.
- Llevar el asunto al Comité de Ética.
- Dirigirse al Colegio de Médicos, para solicitar asesoramiento e información tanto de la asesoría jurídica como de la Comisión Deontológica.
- Proponer a la Administración del centro que sólo el paciente o aquella persona en quien delegue otorgue el permiso para el acceso personalizado a los datos de la historia clínica. La Administración para sus obligaciones y cometidos podrá



acceder ordenadamente a toda la información sin posibilidad de identificar a los titulares de la misma.

- Aceptar el sistema pero informar a los pacientes y al Colegio de Médicos.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

Todos los cursos intermedios son de aplicación, aunque unos tienen prioridad sobre otros. El orden de prioridad puede variar según los casos, pero parece claro que el primero de los identificados es el que debería ponerse en práctica antes. Caso de que funcionara, los demás ya no serían necesarios. La cuestión planteada no tiene por qué presentar grandes dificultades teóricas, pero si existen dudas sobre qué puede considerarse correcto o incorrecto en este caso, la asesoría interna (Comité de Ética) o externa (Colegio de Médicos) puede resultar de mucha utilidad.

Por más que en este caso hay un claro problema jurídico, puesto que se está incumpliendo la legislación de protección de datos personales, es conveniente intentar resolver el problema dentro del propio Centro, sin acudir a instancias externas y, sobre todo, sin juridificar excesivamente el asunto, pues ello, salvo casos flagrantes y extremos, suele traer más complicaciones que beneficios. La principal función de la ética en las Instituciones Sanitarias es, precisamente, ayudar a la resolución de conflictos de valores dentro del propio centro, sin acudir a instancias mucho más rígidas y coactivas como son las judiciales.

Recomendaciones



- La relación clínica es una relación de confianza, en la que el paciente comunica al profesional datos que pertenecen a su intimidad y, en ocasiones, también a la de su familia. El médico tiene la obligación de guardar y proteger esos datos. Pero su obligación no es absoluta. De hecho, todas las instancias que intervienen en la asistencia sanitaria tienen sus obligaciones respectivas. La Dirección del centro también tiene sus obligaciones, que en el caso de la información son de custodia y de protección. El profesional debe comunicar cualquier irregularidad en este sentido, pero no está en su mano tomar decisiones que no le corresponden. Su primera obligación es intentar corregir el defecto, acudiendo a las instancias internas de control (Dirección, inspección, asesoría jurídica, Colegio de Médicos, etc.).
- Es importante no comenzar juridificando este tipo de problemas o acudiendo directamente a la denuncia, porque ello genera más perjuicios que benefi-



cios. La obligación del profesional es poner remedio al asunto desde dentro del propio Centro, poniendo en práctica todas las medidas a su alcance (comunicación al superior jerárquico, debate en una sesión del centro, Comité de Ética, etc.).

- La función de la ética es básicamente preventiva, poniendo remedio a los conflictos de valores que vayan surgiendo y previniéndolos, siempre que ello es posible. Sólo de ese modo conseguiremos aumentar la calidad de la asistencia sanitaria.



Los incentivos en Atención Especializada

PROBLEMA 9

Modificación incentivada de la actuación médica ante posibles donantes



Un potencial donante en muerte encefálica es aquella persona que fallece por cese irreversible de sus funciones encefálicas en una Unidad de Cuidados Intensivos. Esto es así porque necesita unos cuidados (ventilación mecánica asistida, monitorización hemodinámica, corrección de trastornos hidroelectrolíticos) que no pueden ser llevados a cabo en una planta normal de un hospital.

Un potencial donante necesita una serie de medidas de soporte y, para valorar si podrá convertirse en donante efectivo, una serie de determinaciones analíticas y de pruebas complementarias que descartarán cualquier patología que contraindique la donación y dará ya una idea de qué órganos de su economía pueden ser válidos para trasplante.

El posible conflicto que puede surgir aquí es: el traslado o no de un enfermo desde una planta del hospital a la Unidad de Cuidados Intensivos, si se piensa que la muerte encefálica es inminente y se plantea valorarlo como potencial donante, teniendo en cuenta que el hospital recibe un reembolso por actividad trasplantadora anual. Si no va a ser valorado, no será trasladado y por tanto, no se iniciará ninguna medida terapéutica agresiva.

Caso 9

Varón de 75 años con antecedentes de hipertensión arterial de 20 años de evolución en tratamiento con dos fármacos, hipercolesterolemia, sobrepeso y ex-fumador de un paquete al día desde hace 5 años, que ingresa en la planta de neurología del hospital por un ACV isquémico. Las imágenes del TC muestran una gran zona infartada con edema cerebral asociado.

El paciente no responde a las medidas terapéuticas instauradas y su situación clínica empeora en pocas horas. El médico que lo trata ha agotado las posibilidades de tratamiento y está pendiente de mantener una entrevista con la familia para informarle del mal pronóstico del enfermo, que fallecerá en muy breve espacio de tiempo.

En los análisis realizados al ingreso no se objetiva ningún dato que pudiera contraindicar la donación de órganos, si el paciente llegara a fallecer en muerte encefálica, por lo que el médico piensa si plantear esta circunstancia a la familia e ingresarlo en la UCI, para iniciar medidas de soporte avanzadas.

El hospital recibe un reembolso anual variable dependiendo de la actividad de donación, por lo que cuantos más donantes tenga el hospital, mayor será la cantidad recibida y mayor será el incentivo para el médico de este caso, que puede reflejarse en un incremento en su salario por productividad variable o en formación (Esto depende de la gestión que haga cada hospital del dinero recibido).

Valores en conflicto

- El valor del órgano o de los órganos que puedan donarse, que pueden salvar vidas, además del incentivo asociado.
- La ocupación de plazas de UCI con pacientes que en principio no lo tendrían indicado, etc. En este caso se rechazaría el incentivo.

Cursos extremos de acción

- Un curso extremo sería optar por el valor de los órganos y por el incentivo asociado a su extracción a toda costa, sin tener en cuenta cualquier otro valor en juego, como la voluntad del paciente, los deseos de la familia, la ocupación de camas en la UCI, etc.
- El otro curso extremo sería considerar que la UCI sólo tiene por objeto tratar a personas vivas y recuperables, y rechazar todo paciente que vaya a ingresar sólo por motivos de donación. En este curso, evidentemente, se rechaza todo tipo de incentivo asociado al proceso de donación.

Cursos intermedios de acción

Los conflictos surgen porque los valores en juego son todos importantes y exigen de nosotros su respeto y su cumplimiento. El problema es que no podemos realizar todos al mismo tiempo. El respeto de uno de los valores en detrimento total del otro es siempre un curso poco recomendable, ya que lesionamos uno de los valores en juego. De ahí que los cursos intermedios tengan por objeto buscar soluciones al



conflicto que maximicen el beneficio o minimicen el daño. En el caso concreto que nos ocupa, como cursos intermedios pueden señalarse, entre otros, los siguientes:

- Indagar si el paciente ha hecho alguna manifestación explícita en vida de querer o no ser donante de órganos.
- Hablar con la familia para conocer su punto de vista y el del paciente.
- Cerciorarse de que las indicaciones de traslado y extracción se están haciendo de acuerdo con los criterios clínicos correctos, y no por los incentivos que esas prácticas lleven adscritos.
- Valorar si existe alguna contraindicación a la donación, o si se está forzando la donación por causa de los incentivos.
- Valorar si el nivel de ocupación de camas de la UCI no es muy elevado y se puede ingresar al paciente sin ocasionar colapso en la unidad.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

Sería una mezcla de los cinco cursos intermedios. Un varón de 75 años con buena función hepática y renal, sin contraindicaciones, puede donar hígado y riñones. Esperar a que el paciente fallezca sin dar la oportunidad de la donación de órganos hará que no se beneficien dos o tres pacientes de la lista de espera (con lo que esto supone desde el punto de vista ético y económico).

Por otro lado, ingresar al paciente en la UCI sin valorar primero si existe una contraindicación a la donación, por la posible incentivación, no es éticamente correcto. Si el paciente al fallecer no es finalmente donante, se habrá ocupado una cama en una Unidad de Cuidados Intensivos de manera innecesaria, con el gasto que ello supone y la posibilidad de que otro paciente no pueda beneficiarse de la estancia en una UCI por saturación.

Recomendaciones

- En la realidad de nuestro país, la edad en sí misma no es una contraindicación para la donación de órganos. Debe hacerse una valoración individualizada en cada caso de la situación general de una persona en muerte encefálica antes de descartarlo como un posible donante.
- Por desgracia y a pesar de que España tiene una elevada tasa de donantes de órganos (34,2 por millón de personas) ésta no supe la demanda creciente de los mismos. En los últimos años ha variado no sólo el perfil del donante sino también el del receptor, encontrándose en lista de espera también pacientes de edad avanzada, idóneos para un donante de las características de nuestro caso.



- Los cursos de acción propuestos se enmarcarían en el principio de justicia. La donación de órganos no sólo contribuye a mejorar la cantidad y calidad de vida de los pacientes que se trasplantan sino que beneficia a todo el sistema de trasplantes (disminución de lista de espera, confianza...). También se enmarca en este principio el evitar en la medida de lo posible una ocupación de una cama de UCI que pueda ser necesaria para otro paciente.
- Los incentivos deben aplicarse siempre a prácticas correctas, y además deben ser de tal monto que no coarten la libertad de las personas. Incentivos muy elevados pueden promover prácticas inadecuadas, e incentivos muy pequeños pueden hacer inviable el objetivo que se pretende conseguir. En este tema de los incentivos, como en cualquier otro, es imprescindible actuar con prudencia.



PROBLEMA 10

Modificación de la práctica clínica a través de “regalos” de pacientes y familiares

Cuando un paciente tiene insuficiencia renal crónica y avanza en el tiempo, llega un momento en que necesita tratamiento sustitutivo de su función renal, ya sea mediante diálisis (hemodiálisis o diálisis peritoneal) o trasplante renal.

No todo paciente con insuficiencia renal terminal es candidato a recibir un trasplante. Se realizan diferentes pruebas para valorar la situación clínica general del paciente y la patología asociada que pueda contraindicar un trasplante. La edad no es una contraindicación *per se* pero sí puede serlo la patología asociada a la enfermedad renal y a la edad (analizando individualmente cada caso).

El posible conflicto ante la inclusión o no de un paciente en lista de espera surge cuando, según los criterios de inclusión del hospital, este paciente no sería candidato a recibir un trasplante pero la familia y el paciente presionan.

Caso 10

Mujer de 67 años con antecedentes de hipertensión arterial de 30 años de evolución en tratamiento con dos fármacos, Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 en tratamiento con insulina desde hace 5 años, infarto agudo de miocardio en la cara inferior hace dos años tratada con dos stent, obesidad, insuficiencia renal crónica secundaria a la DM en diálisis desde hace dos meses e hiperparatiroidismo secundario.



La paciente está muy deprimida desde que inició la hemodiálisis y su única esperanza es ser trasplantada.

El hospital que trata a esta paciente tiene programa de trasplante renal y ha sido estudiada y desestimada para ser incluida en lista de espera por la patología asociada. Dos días antes de que la paciente sea informada de que no puede ser incluida en lista de espera acude su hijo a la consulta del nefrólogo. Este familiar, que tiene una empresa de embutidos, acude con un jamón a la consulta y la promesa de llevar al médico un “presente” todas las navidades si incluye a su madre en lista de espera.

Valores en conflicto

- Indicación médica.
- Voluntad de la paciente y sus familiares, más incentivo.

Cursos extremos de acción

- No aceptar el presente e informar a la paciente de que ha sido desestimada para trasplante.
- Aceptar el presente e incluir a la paciente en lista de espera porque, de todas formas, no encontrará un riñón compatible (estado ficticio en lista).

Cursos intermedios de acción

- Aceptar el presente y no incluir a la paciente en lista de espera, pero no decírselo.
- No aceptar el presente y no incluir a la paciente en lista de espera, pero decirle que sí está incluida para ahorrarle el sufrimiento de saber que no puede trasplantarse.
- Aceptar el presente y enviar a la paciente a otro hospital trasplantador que tenga unos criterios más laxos de inclusión en lista de espera.
- No aceptar el presente y hablar con la paciente, explicándole que los criterios de inclusión que existen en el hospital la descartarían como candidata a trasplante, pero que puede enviarle a otro hospital con más experiencia y criterios más amplios dónde pueden valorarla de nuevo.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

El último curso intermedio de acción parece el más correcto. La paciente tiene derecho a saber la verdad pero también a que se le dé otra oportunidad en un hospital con más experiencia. Aceptar el regalo haría pensar a la familia que está consiguiendo un trato de favor cuando esto es lo que habría que hacer con todos los pacientes.



Recomendaciones

- Es muy frecuente que un paciente o sus familiares lleguen a la consulta del médico con un regalo. Esto puede entenderse de diferentes maneras, dependiendo de la relación que mantenga el médico con el paciente. Desde el punto de vista de la ética profesional, no es lo mismo aceptar un presente que trae el paciente (o familia) que ha establecido una relación más allá del mero acto médico, que recibir un regalo por actuar de una determinada manera. Lo segundo aleja al profesional sanitario de su tarea de informar y tratar al paciente de manera objetiva basada en criterios clínicos, y de su obligación de respetar el principio de justicia y no discriminar injustificadamente y tratar con equidad a todos los potenciales receptores.
- Por otro lado no debemos olvidar que el médico debe respetar el principio de autonomía del paciente, informarle adecuadamente (salvo que el enfermo no lo desee) y, por supuesto, buscar la mejor opción de tratamiento basada en criterios médicos y no sólo en la disponibilidad terapéutica del centro en el que desarrolla su actividad asistencial.



PROBLEMA 11

Incentivación de tratamientos a pacientes

Ante una insuficiencia renal terminal, existen diferentes tipos de tratamiento sustitutivo de la función renal, ya sea mediante diálisis (hemodiálisis o diálisis peritoneal) o trasplante.

Actualmente en España, salvo en los casos de trasplante renal con donante vivo, el paciente inicia diálisis (ya sea en una u otra modalidad) antes de ser incluido en la lista de espera de trasplante.

La diferencia fundamental, salvando las distancias, entre la hemodiálisis y la diálisis peritoneal es el grado de autonomía que el paciente tiene con una u otra terapéutica, siendo mucho mayor con la modalidad peritoneal (aunque ésta exige un mayor grado de implicación y responsabilidad personal).

El tipo y calidad de la información que se le dé al paciente en cuanto a las diferentes terapias de sustitución renal será muy probablemente lo que le haga decantarse por uno u otro tratamiento. Excluimos aquí los casos claros de indicación médica de una u otra terapia, por ejemplo la falta de un buen acceso vascular



que impida la hemodiálisis, o la posible mala adherencia al tratamiento con diálisis peritoneal por algún tipo de discapacidad y poca colaboración familiar.

El posible conflicto ante la información que se le da a un paciente en situación de “prediálisis” puede aparecer cuando el servicio de nefrología del hospital no dispone de una de las terapias, pudiendo favorecerse aquella que posee el hospital basándose en criterios no clínicos. Por otro lado, la casa comercial que provee los filtros de diálisis tiene habitualmente una relación muy cercana con el servicio médico y facilita la formación de sus miembros vía congresos. Esto podría influir también en la información.

Caso 11

Varón de 22 años, estudiante universitario, diagnosticado de Lupus eritematoso sistémico a los 15, que desarrolla una nefropatía lúpica resistente al tratamiento inmunosupresor. En la última consulta del nefrólogo se objetiva un empeoramiento súbito de la función renal acorde con los resultados de la biopsia que muestra ya un grado muy elevado de esclerosis glomerular. Por este motivo el paciente necesitará un tratamiento sustitutivo de la función renal a corto-medio plazo. Su nefrólogo le ha citado para explicarle las diferentes posibilidades terapéuticas e iniciar las medidas oportunas.

El hospital que trata a este paciente tiene programa de hemodiálisis pero no de diálisis peritoneal y, aunque algunos compañeros llevan tiempo solicitando que se incluya en la cartera de servicios del hospital, aún no se ha conseguido nada. La empresa X, que provee la mayor parte de los filtros de hemodiálisis, tiene una potente relación comercial con el hospital y está realizando una labor importante en favorecer la formación del personal de nefrología. Gracias a ella, este año van dos residentes al congreso anual, además de los adjuntos de plantilla.

Por otro lado el jefe de servicio del hospital no está de acuerdo que se envíen pacientes al hospital de al lado que sí tiene diálisis peritoneal.

Valores en conflicto

- Calidad de vida (superior en la diálisis peritoneal) y derecho del paciente a la información (conocer todas las terapias y su disponibilidad).
- Respeto de la voluntad del jefe de servicio, unida a la accesibilidad de la técnica en el centro sanitario y al incentivo.

Cursos extremos de acción

- Si se opta por promover sólo el primero de los valores en juego, la calidad de vida y el derecho del paciente a conocer todas las terapias existentes, el curso

extremo será ofrecerle la modalidad de diálisis peritoneal, ya que es la que el nefrólogo considera óptima para su caso, y advertirle de que no está disponible en el centro, aunque sí en otro cercano.

- Si se opta por el otro valor, se le ofrecerá sólo la modalidad terapéutica que existe en el hospital (en este caso es la hemodiálisis), no dando opción de elegir y cumpliendo de este modo con la decisión tomada por el jefe del servicio. Esta promoción de la hemodiálisis va unida a la promoción de los incentivos provenientes de la casa suministradora de los filtros, y de los que se beneficia el conjunto del servicio.

Cursos intermedios de acción

- Informar al enfermo de las posibilidades terapéuticas existentes y de los recursos de cada centro, y de los beneficios de cada una de ellas para su salud, así como de las disponibilidades en los diferentes centros.
- Contactar con el servicio de diálisis peritoneal, a fin de poner al paciente en contacto con él y facilitarle el traslado.
- Elaborar dentro del servicio de nefrología un protocolo para casos de este tipo, a fin de que en el futuro no vuelvan a repetirse estos conflictos. En el protocolo debería quedar claro que los incentivos no son correctos si sesgan las decisiones clínicas de los profesionales.
- Hablar con el jefe de servicio, haciéndole ver la incorrección de su punto de vista y pidiéndole que el asunto se discuta dentro del equipo.
- Poner el asunto en conocimiento del superior jerárquico.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

Siempre que los incentivos sesgan las decisiones de los profesionales, deben considerarse incorrectos. El profesional tiene que mirar por el buen nombre de su centro, pero sobre todo ha de tener en cuenta el mayor bien del paciente. De ahí que el curso óptimo es el de informar al paciente de todo y promover su traslado a un servicio en el que tengan organizada la diálisis peritoneal. A la vez, deberían fomentarse las reuniones de servicio, a fin de elaborar un protocolo para que no vuelvan a repetirse situaciones como ésta. La mala práctica nunca es justificable, y los incentivos que la promuevan siempre habrán de considerarse perversos.



Recomendaciones

- Cuando existe un tratamiento en la cartera de servicios del hospital con un presupuesto asignado y una productividad puede ocurrir que el jefe de servicio



incentive el seguimiento de ese tratamiento, o que penalice a aquellos que no favorecen la elección del paciente del tratamiento que el hospital posee. Esto puede hacer que muchos médicos prefieran dar una información incompleta al paciente o incluso que no den opción a elegir. Desde el punto de vista ético esto es inadmisibles, porque estamos hablando de un tratamiento crónico que va a marcar la vida de una persona durante un tiempo indeterminado, pero que suele ser largo, y no le damos la opción de que decida lo que mejor le conviene con todas las consecuencias. Estaríamos aquí obviando el principio de autonomía del paciente, que no es sólo uno de los pilares de la ética asistencial sino que desarrolla la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente.

- Caso de que hubiera un incentivo específico asignado a cada decisión por la hemodiálisis, lo correcto sería informar al paciente de ello. Como no suele ser este el caso, no está claro que el empeño en no derivar al paciente se deba directamente al incentivo, por lo que no parece que haya que informarle de este punto, sino simplemente ayudarle para que pueda recibir el tratamiento que resulta más adecuado a su situación.
- El incentivo que la unidad recibe de la empresa proveedora de los filtros sirve para la mejor formación del personal sanitario de la unidad, lo cual es correcto, dado que redundan en beneficio de todos, también de los pacientes. Pero nunca un incentivo económico o de otro tipo puede justificar la no actuación del profesional de acuerdo con lo que son los criterios diagnósticos o terapéuticos correctos.

PROBLEMA 12

Promoción irregular del personal en Instituciones Sanitarias



En el gobierno de cualquier institución sanitaria asistencial es muy importante el perfil de sus mandos intermedios encargados de dirigir las unidades clínicas. En un mundo perfecto debería existir una total identificación entre los intereses de estos mandos intermedios con los de sus directivos superiores, en todo lo relativo a la ejecución de la misión asistencial centrada en el usuario. En la realidad existen valores en conflicto a la hora de designar este tipo de mandos intermedios.

El acceso a una jefatura clínica, hoy por hoy, es uno de los mayores incentivos profesionales, si no el mayor, ya que implica una promoción jerárquica

que sólo en contadas ocasiones es posible conseguir. La perspectiva más usual entre los profesionales es defender que estas designaciones estén ligadas a mérito, lo que de hecho es recogido en nuestro ordenamiento jurídico. Es claro que entre los méritos deben ser considerados los asistenciales, pero también los de docencia e investigación. Es habitual que los baremos que se aplican en este tipo de plazas recojan estos méritos, aunque con frecuencia de manera desequilibrada.

El problema surge cuando la institución desea otorgar una jefatura a alguna persona primando exclusivamente criterios funcionales; o dicho de otra forma, pensando en que determinadas habilidades de gestión, o de proximidad a la línea de gobierno institucional, deben ser determinantes en el proceso de selección. Dado que las direcciones tienen un alto grado de discrecionalidad a la hora de realizar nombramientos, es frecuente que en estos casos se opte por un procedimiento de designación directa que tiene la aparente doble ventaja de que garantiza el resultado de la selección y al tiempo convierte al Jefe Clínico en un cargo de confianza removible en cualquier momento.

Caso 12

María es una Facultativa Especialista de Área del Servicio de Medicina Interna de un hospital de tamaño medio. El Director Médico de su hospital tiene una excelente opinión de ella, pues en todo momento se muestra colaboradora con las actividades que la Dirección del Centro identifica como importantes. Perteneció a dos Comisiones Clínicas y en ellas desarrolla una labor que es muy apreciada por todos. Ha realizado un Máster de Gestión Clínica y en varias ocasiones ha dejado entrever su ambición de ser promocionada jerárquicamente. La jubilación del actual Jefe de Servicio está prevista en un año. El actual Jefe de Servicio se apoya en gran medida en María en el día a día del trabajo organizativo. En ese mismo Servicio hay un Jefe de Sección que está históricamente enfrentado a la Dirección, pero que tiene un buen currículo profesional, sobre todo por antigüedad acumulada.

Un día, el Director Médico, tomando un café con María, pregunta a ésta cómo ve la sucesión jerárquica que se va a producir. María afirma que ella está dispuesta a ser la próxima Jefa de Servicio, si la Dirección confía en ella. Unos días después, la Dirección llama a María al despacho. Comenta con ella que han hablado con su Jefe de Servicio y tratado el tema en la Comisión de Dirección, y que han decidido apoyar que sea la futura Jefa de Servicio de Medicina Interna del hospital.



Valores en conflicto

En este caso, como en todos, el conflicto hemos de representarlo en una persona. Lo más lógico es situarse en el punto de vista del Director Médico. Él tiene que decidir quién va a ocupar próximamente la jefatura de servicio. Él pensará, como no puede ser de otro modo, que la antigüedad del Jefe de Sección es un valor a tener en cuenta, aunque no el único. Si la promoción tuviera en cuenta sólo ese factor, no harían falta comisiones, ni se dejaría a los directivos una cierta facultad discrecional de elección entre distintos posibles candidatos. Otro valor a tener en cuenta es la capacidad de liderazgo y de dirección de un servicio. No todo buen profesional es un buen organizador, ni tampoco un buen gestor. Lo que no podría considerarse un valor positivo, sino más bien un disvalor o un contravalor, es que la promoción se debiera a móviles tales como la amistad, la proximidad ideológica, la militancia religiosa o política compartida, etc. Como no tenemos constancia de que sean éstos los motivos del presente caso, hemos de limitarnos a identificar los distintos valores positivos que entran en conflicto:

- De una parte, la experiencia y antigüedad en el servicio.
- De otra, la capacidad de gestión y organización.

Cursos extremos de acción

- Un curso extremo sería optar sólo por la experiencia y antigüedad, ignorando por completo la capacidad de liderazgo y organización de la persona que aspira a ser Jefe de Servicio.
- El otro curso extremo sería optar por la capacidad de liderazgo, gestión y organización, haciendo caso omiso de los años de permanencia en el servicio y de su currículo profesional.

Cursos intermedios de acción

- Buscar una ponderación adecuada entre esos distintos factores o valores, ya que todos ellos son importantes en un jefe clínico.
- Elaborar baremos lo más objetivos posibles, en los que puntúen todos aquellos aspectos que sean relevantes en la dirección de un servicio, dando a cada uno el peso que de hecho tenga en la práctica.
- Someter a los aspirantes a pruebas objetivas que permitan conocer al menos aproximadamente su grado de competencia para el desempeño de las funciones asignadas al cargo de Jefe de Servicio.
- Hacerlos evaluar por un tribunal de personas imparciales y en sesiones públicas, a fin de que la decisión sea lo más prudente posible.
- Conocer o consultar experiencias previas en procesos semejantes de selección.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

Sería conveniente poner en práctica la totalidad de los cursos intermedios. Existe siempre el peligro de que los directivos de las instituciones elijan a sus subordinados por razones de amistad o proximidad ideológica, más que por criterios profesionales y científicos. Eso debe evitarse al máximo.



Recomendaciones

En todo proceso de selección deben respetarse los méritos objetivos de los candidatos. Entre estos méritos también caben los de capacidad percibida y no sólo los estrictamente curriculares. La llave para juzgar esta parte subjetiva es pedir memorias de proyectos funcionales. Así como los baremos pueden, en general, ajustarse a criterios técnicos muy estrictos que no permiten especulación, los proyectos requieren de un juicio independiente, a sumar a la valoración interna que las direcciones puedan hacer de estos candidatos. La plaza debe ser entregada a aquella persona que suma más valor final para la institución. Es misión del tribunal de selección deliberar si el currículum de cada uno de los candidatos pesa lo suficiente como para que su proyecto tenga una fundamentación personal de credibilidad. Si así fuere, debe optarse entonces por el mejor proyecto. La garantía de publicidad y defensa legitiman tanto a los candidatos como a los jueces. Finalmente, es primordial que en la convocatoria se establezcan los criterios temporales en los que el proyecto debe ser evaluado en cuanto a resultados, así como criterios claros de renovación de períodos sucesivos y de estabilidad profesional.



PROBLEMA 13

Prácticas de autopromoción en Servicios Clínicos

El trabajo en una Unidad Clínica se desarrolla necesariamente en equipo. No obstante, siempre cabe un gran margen de creatividad personal a la hora de desarrollar tareas. En el carácter de cada profesional puede subyacer una tendencia a atender sólo lo estrictamente obligado, o a ocuparse de encargos que no son estrictamente obligatorios. Una buena dinámica de grupo es aquella en la que cada miembro del equipo es capaz de ir en ayuda de los restantes miembros del grupo, siempre y cuando esta ayuda sea verdaderamente eso y no una suplantación de tareas.



Una peculiar forma de lograr incentivos es conseguir el control de determinadas actividades, no tanto porque funcionalmente puedan ser atribuidas a una persona en concreto, sino porque esas actividades implican un beneficio en términos de reconocimiento, promoción personal o incluso dinero.

Caso 13

Juan es un médico de un Servicio de Traumatología con gran capacidad de trabajo. No oculta sus ambiciones en cuanto a tener un amplio reconocimiento tanto interno como externo. En general es bastante intervencionista y por ello no es infrecuente que otros especialistas no traumatólogos acudan a él cuando quieren tener soluciones rápidas para los problemas clínicos del día a día. En las guardias aprovecha para interesarse por las interconsultas que no han sido aún contestadas, y suele decirles a los residentes que acudan a él cuando tengan problemas, aun cuando no estén rotando con él. Como otro ejemplo de su forma de trabajar, ha establecido un acuerdo tácito con los reumatólogos para ver sin demora sus derivaciones desde consulta de las indicaciones de prótesis de rodilla.

Un día, Juan es consultado en el pasillo por uno de esos reumatólogos, quien le comenta que otro traumatólogo ha rechazado para prótesis de rodilla a un paciente en el que él cree que sí hay indicación. Juan le indica que debía habérselo mandado a él desde el principio. En cualquier caso, le pide los datos para citar al enfermo de nuevo e incluirle en lista de espera. Unos días después, el Jefe del Servicio de Traumatología recibe la visita de unos de los Jefes de Sección, indicándole que debe tomar medidas con Juan, ya que en su opinión, y en la de otros médicos del Servicio, invade con frecuencia las competencias de otros compañeros, poniendo como ejemplo el del paciente rechazado para prótesis.

Valores en conflicto

De nuevo es necesario identificar la persona que tiene el conflicto. En este caso se trata del Jefe de Servicio de Traumatología, que recibe la protesta de un Jefe de Sección ante el modo de proceder de Juan. Así planteado el tema, los valores en conflicto serían:

- De una parte, la salud y el bienestar del enfermo, en este caso de la persona que necesita la prótesis de rodilla.
- De otra, la necesidad de respetar los criterios organizativos y el respeto de las respectivas asignaciones de los profesionales.

Cursos extremos de acción

- Si se opta por el primer valor, y suponiendo que la prótesis esté realmente indicada, el curso extremo consistiría en ignorar por completo el esquema organizativo y la asignación de tareas y responsabilidades y buscar directamente el mayor beneficio del enfermo. Este parece ser el curso elegido por Juan.
- Si se opta por el respeto del segundo valor, con lesión total del primero, habría que atenerse rígidamente a los criterios organizativos del servicio, aunque ello pueda redundar en perjuicio del paciente.

Cursos intermedios de acción

- Lo primero que sería necesario es evaluar si la prótesis de rodilla está o no indicada en ese paciente. Si la indicación fuera clara, un curso sería llevar el asunto a una sesión clínica, para aclarar el caso y llevar la operación a efecto. Caso de que no estuviera indicada, también eso debería quedar claro en la sesión clínica. Y si la indicación quirúrgica es dudosa, debería discutirse el caso en conjunto y dejarse al juicio discrecional del médico que sea responsable de ese paciente.
- Si la conducta de Juan es poco correcta, el Jefe de Servicio debe hablar con él y exigirle el respeto de los procedimientos establecidos. Sólo hay un caso en que esos procedimientos pueden saltarse, y es cuando ello lo exige el bien del enfermo. Y en ese caso, debe hacerse en una sesión clínica o ponerse en conocimiento del superior jerárquico y del médico responsable.
- Sería conveniente establecer por escrito algunos criterios, a fin de que no vuelvan a suceder casos similares.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

El curso óptimo exige poner en práctica los tres cursos intermedios. Sólo de ese modo se gestionará el caso correctamente y se evitarán, en lo posible, situaciones parecidas en el futuro.



Recomendaciones

- En el conflicto entre iniciativa personal y dinámica pre-existente de un grupo de trabajo, debe intentarse no malograr las ambiciones profesionales de los integrantes del grupo, siempre que ellas sean legítimas. El mejor camino es trabajar con un modelo matricial en el que sea posible identificar procesos transversales donde la responsabilidad de gestión de los mismos pueda recaer en facultativos de base, sin limitar sus posibilidades de promoción. El único requi-



sito es que esa promoción se establezca dentro de unos límites de competencia que hayan sido previamente establecidos y sean conocidos por todos los integrantes del grupo de trabajo.

- Este caso refleja un problema ético bastante frecuente y que en ocasiones se pasa por alto: Aunque el fin perseguido sea loable (el bien del enfermo), la actuación puede ser éticamente incorrecta por haber empleado un procedimiento inadecuado. Es decir, el curso de acción sería desproporcionado o injustificado para el logro de dicho fin, y en tal sentido debería rechazarse. Los cursos de acción intermedios proponen siempre algo semejante.

PROBLEMA 14

Incentivos intangibles ligados a innovación tecnológica



La práctica clínica especializada se ve inmersa en una espiral de innovación tecnológica en la que no siempre es fácil discernir el momento de la incorporación de una determinada tecnología a la atención sanitaria rutinaria de los pacientes. La incorporación al mercado sanitario de los medicamentos sigue unas reglas de juego bien definidas, lo que no quiere decir que no existan profundos conflictos a la hora de su uso clínico. Sin embargo, la incorporación de otros tipos de tecnología sigue procesos menos reglados e identificables.

Toda innovación tecnológica aplicable a la atención sanitaria persigue una mejora en los resultados clínicos, ya sean directamente terapéuticos o de utilidad para una mejor toma de decisiones. La primera fase de la investigación en tecnología consiste en la preparación de un modelo que potencialmente sea capaz de resultar útil en el uso clínico. En una segunda fase, el modelo pasa por pruebas que sean capaces de definir criterios de seguridad para su posterior uso en humanos, que sean útiles para optimizar su funcionamiento interno y que indiquen las condiciones de uso en las que podrían ser eficaces en los procesos diagnósticos o terapéuticos a los que van a ser destinados. La tercera fase debería consistir, pero no siempre es así en las innovaciones no farmacéuticas, en una serie de trabajos, preferentemente ensayos clínicos, en los que pueda evaluarse la tecnología en cuestión en sus indicaciones para la práctica clínica. La cuarta fase sería, una vez demostrada su eficacia, la generación de conocimiento útil en términos de efectividad y eficiencia.

Sin entrar en si está o no justificado que así sea, el nivel tecnológico suele ser uno de los elementos de prestigio profesional. Los servicios clínicos capaces de

desarrollar más precozmente el uso de la tecnología emergente se abren a sí mismos ventanas de visibilidad externa que les permite estar en punta de lanza en sus respectivas especialidades.

Las Instituciones Sanitarias, en general, son restrictivas a la hora de incorporar nuevas tecnologías, sobre todo por razones económicas, por lo que tienden a esperar resultados que demuestren claramente su eficacia y aplicabilidad al medio propio en condiciones de eficiencia.

El pulso entre responsables de las unidades clínicas y directivos para adelantar o retrasar la innovación tecnológica se ve así sujeto muchas veces no sólo a criterios objetivos sino a verdaderos conflictos de valores.

Caso 14

En medicina digestiva se viene trabajando cada vez más en el aumento de la capacidad de resolución diagnóstica de las lesiones que cabe visualizar mediante procedimientos endoscópicos. Así, poco a poco, las unidades de endoscopia van disponiendo cada vez más de equipos de alta definición y resolución de imagen, con capacidad de magnificación, que se combina con el uso de colorantes vitales o de filtros de modificación de los patrones de luz que permiten mejorar el diagnóstico *in vivo*.

Un paso más se ha dado con la denominada endomicroscopia confocal, que logra imágenes *in vivo* durante la endoscopia en niveles de resolución semejantes a los conseguidos *in vitro* en la microscopia óptica convencional.

Los equipos disponibles para realizar la endomicroscopia confocal son caros y por el momento exigen una dedicación en tiempo de exploración que supera los estándares habituales. Además la interpretación clínica de los hallazgos no siempre es fácil y dista de ser un procedimiento introducido en la práctica clínica habitual.

En el caso que nos ocupa, los responsables de un Servicio de Aparato Digestivo de un gran hospital consideran que es una tecnología de gran potencialidad y que su nivel tecnológico les exige empezar a trabajar ya con esta técnica y ser de los primeros en marcar su pauta de utilización.

Piden una reunión con la Dirección, en la que abiertamente plantean que esta tecnología debe ser incorporada de forma urgente, aun cuando no se dispongan de resultados de evaluación tecnológica bien estructurados.

Valores en conflicto

El conflicto de valores que vamos a someter a análisis es el del Director médico, cuando el Jefe de Servicio de Aparato Digestivo le plantea la conveniencia de incorporar un nuevo procedimiento diagnóstico no bien evaluado hasta el momento y de alto coste.



- Uno de los valores es, sin duda, el deseo de contribuir al aumento del conocimiento y de estar en punta en cuanto a la utilización de procedimientos diagnósticos.
- El otro valor en conflicto es el económico, ya que se trata de una inversión alta sin una rentabilidad clínica demostrada.

Cursos extremos de acción

- Si se atiende sólo al primero de los valores, se optaría por la adquisición del nuevo instrumento diagnóstico, sin atender a su coste ni a la utilidad que ese dinero podría tener invertido en otra cosa o en otro servicio.
- Si se atiende sólo al segundo valor, a la eficiencia del procedimiento, la respuesta sería probablemente negativa, dado su alto coste y su no probada eficacia clínica.

Cursos intermedios de acción

- La Dirección pide al equipo clínico que elabore un dossier en el que consten los informes elaborados por agencias de evaluación tecnológica que avalen la tecnología. Se compromete a estudiar estos informes para el siguiente plan de necesidades.
- La Dirección inicia una negociación con el Servicio en la que se intentan identificar áreas de ahorro en otras técnicas que permitan adquirir la nueva tecnología sin coste adicional.
- La Dirección pide al Servicio que inicie una negociación con la industria para que la tecnología sea cedida en uso temporal.
- La Dirección insta al Servicio para que presente un proyecto de investigación que evalúe la efectividad de la endomicroscopia confocal de cara a conseguir fondos de investigación que permitan empezar a trabajar en el tema de referencia.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

El primer curso intermedio parece que debe formar parte del curso óptimo, ya que pide que se elabore un dossier en el que consten los informes elaborados por agencias de evaluación tecnológica que avalen la tecnología. Se compromete a estudiar estos informes para el siguiente plan de necesidades.

El cuarto curso intermedio tiene la ventaja de que contempla los valores en conflicto y busca un punto que puede ser compartido tanto por el servicio clínico como por la Dirección. De este modo, el prestigio de la incorporación tecnológica no va sólo ligado al hecho de tenerla o no, sino a la capacidad del servicio de aportar conocimiento que valide la nueva tecnología. Por otra parte, el indudable esfuerzo presupuestario que exigirá al hospital esta incorporación se ve modulado

por las eventuales ayudas que puedan conseguirse, así como porque en su tratamiento económico puede ser manejado el concepto de inversión de investigación.



Recomendaciones

Ante una incorporación de tecnología que parece presentar criterios de innovación con un alto componente de ruptura con respecto a lo que previamente se ha venido usando, las instituciones deben reflexionar entre la oportunidad de liderar el cambio, potenciando las capacidades de sus unidades clínicas y la frustración que implica la limitación presupuestaria. De esta reflexión debe surgir, en primer lugar, un juicio claro de si sus equipos clínicos serán verdaderamente capaces de liderar el cambio. Si así fuese, la continuación puede ser aceptar excepcionalmente la incorporación de una tecnológica no completamente evaluada, siempre que el objetivo sea precisamente el de la evaluación. Este escenario debe pactarse entre la industria, los clínicos y la dirección, preferentemente en el entorno de un contrato de investigación, y deseablemente con un proyecto presentado a convocatorias competitivas, de manera que se garanticen ventajas para las tres partes.



PROBLEMA 15

Incentivos ligados a la adhesión a tipos de gestión y no a resultados

La actividad asistencial incorpora como elemento primordial la gestión de procesos. Un proceso se caracteriza por añadir valor a la utilización de recursos, teniendo en cuenta un marco específico de conocimiento y regulación. El fin del proceso es conseguir los resultados que demandan los clientes. Los recursos se consumen al realizar las actividades propias del proceso. El valor añadido se logra gestionando estas actividades de cara a conseguir los mejores resultados posibles. Por todo ello, la mejor manera de juzgar la eficiencia de un proceso es marcar un nivel de resultados y conseguirlo con el menor consumo de recursos posibles.

Caso 15

En un hospital comarcal, el Servicio de Laboratorio viene incrementando su presupuesto en material fungible en un 7% anual aproximadamente, en los últimos tres años. El nivel de satisfacción de los profesionales del centro con su laboratorio es alto, pues su respuesta es rápida y su cartera de servicios lo suficientemente



amplia como para que no se echen de menos pruebas necesarias para el manejo clínico de las patologías más frecuentes.

La Dirección del centro ha sido conminada desde los servicios centrales del servicio de salud correspondiente a una reducción general de su presupuesto. Se discuten diferentes alternativas y entre ellas se plantea la idea de externalizar pruebas de laboratorio, pactando un presupuesto anual ligado a una cartera de servicios cerrada, de forma que las pruebas seleccionadas sean eliminadas de la cartera de servicios interna, con precios estimados por debajo del coste actual operativo en el hospital. Las pruebas eliminadas y entregadas al laboratorio externo serían todas aquellas que no realizan los autoanalizadores de rutina. De esta forma se pretende acotar necesidades futuras de personal y disminuir el coste al derivarlas a laboratorios más grandes.

La Dirección convoca a los responsables del laboratorio local para plantearles esta idea. Los integrantes del laboratorio se lamentan de que de esta forma se verán abocados a limitar mucho su capacidad de participar en los procesos asistenciales del hospital. La Dirección les sugiere que a cambio de su sacrificio se podría pactar en el contrato de gestión una cantidad ligada a productividad, si verdaderamente se consigue el ahorro esperado.

Valores en conflicto

En este caso coexisten varios conflictos. Uno es el conflicto de la Dirección del centro, que se halla conminada a tomar la decisión de reducir gastos y piensa en externalizar todos aquellos análisis que no se procesen de modo automático. Pero como estamos analizando el problema ético de los incentivos, aquí conviene analizar otro conflicto, que es el del Jefe de Servicio de Análisis Clínicos, cuando la Dirección le propone a su equipo recibir una cantidad de dinero ligada a productividad, es decir, a ahorro. Así planteado el conflicto, los valores en juego son:

- De una parte, el valor económico.
- De otra, el valor calidad del servicio.

Cursos extremos de acción

- Si se optara sólo por el primero de esos dos valores, el curso de acción consistiría en reducir costes de cualquier modo, incentivando económicamente a aquellos que más ahorren y penalizando a quienes gasten más. Como es bien sabido, este es uno de los métodos de *managed care* o gestión clínica que en la Primera parte hemos considerado perversos, ya que premia el ahorro sin más, no el buen ejercicio profesional.

- El otro curso extremo sería optar por la calidad del servicio sin tener en cuenta el coste que ello pueda suponer. Este curso ha sido muy frecuente entre los médicos hasta hace muy pocos años, y aún hoy cuenta con muchos defensores.

Cursos intermedios de acción

- El Jefe de Servicio decide incentivar económicamente no el ahorro sino la buena práctica profesional dentro de su servicio. Este es el *managed care* que cabe considerar correcto, aquel que prima por calidad en el trabajo. Esto permitirá también identificar dónde están las bolsas de baja calidad o de poca eficiencia, lo que permitirá corregir esos defectos y de ese modo mejorar la eficiencia económica del servicio.
- El Jefe de Servicio analiza los gastos de material fungible de su laboratorio y la eficiencia de las pruebas que realiza, lo que le permite identificar las pruebas que deben eliminarse, aunque no se envíen fuera, para que el incremento de coste se acerque a 0. Si esto se consigue, mantendrá igualmente el incentivo.
- La Dirección propone al Servicio de Laboratorio que inicie un proceso de optimización de sus procesos, creando guías de práctica clínica, de manera que el ahorro presupuestario se consiga con un control de la demanda. Si este control se consigue también se mantendrá el incentivo.
- Revisión de la adecuación de las peticiones analíticas, en función de su valor predictivo.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

Los tres cursos intermedios son correctos y pueden aplicarse. El curso 1 es muy adecuado, aunque de no fácil aplicación en instituciones públicas. El tercer curso intermedio mantiene el incentivo que moverá previsiblemente a los miembros del laboratorio a colaborar en el objetivo de contención de costes, respetando su propia autoestima. Además, el esfuerzo no se dirige a suprimir pruebas de forma unilateral, sino a promover el uso adecuado de las mismas a través de guías o protocolos que habrán de difundir en el hospital.



Recomendaciones

Cuando se intenta frenar la realización de procedimientos no automatizados con el fin de reducción de costes, el criterio principal debe ser el aumento de la eficiencia. Para ello deben definirse bien los procesos clínicos y establecerse el nivel óptimo de resultados. A partir de aquí, cualquier mejora en la gestión de las actividades que redunde en menor coste, incluso si es incentivada económicamente, es deseable ya que no perjudicará el nivel de resultados.



Los incentivos en la medicina de gestión privada

PROBLEMA 16

¿Es lícito incentivar la limitación del esfuerzo diagnóstico en aras de la eficiencia?



En la práctica privada de la medicina están mucho más introducidos los conceptos que hemos ido denominando “gestión de utilización” o *managed care*. Se espera que los profesionales sean gestores de sus recursos y se les incentiva en función del ahorro conseguido o de la participación en los beneficios.

Cuando se factura por procedimiento o mediante un régimen capitativo, el ahorro en los recursos puede ser la única manera de obtener beneficios. Uno de los capítulos sanitarios que siempre es considerado coste es el de los procedimientos diagnósticos; y, por tanto, conseguir su reducción es un objetivo constante para el gestor. Tanto es así que, desde el punto de vista de la gerencia, el buen profesional se caracteriza, entre otras cosas, porque solicita pocos procedimientos diagnósticos para realizar su labor de forma eficaz.

Caso 16

Paciente de 76 años, varón, diagnosticado de coleditiasis y que ya ha sufrido un episodio de colecistitis aguda, diagnosticada por una ecografía de urgencia y que cedió con un tratamiento médico consistente en reposo digestivo y antibióticos. Tras la recuperación del episodio de colecistitis se le indica el tratamiento quirúrgico de su coleditiasis, y con este fin es introducido en la lista de espera quirúrgica de su hospital de zona y se le realiza todo el estudio preoperatorio.

La demora de la lista de espera quirúrgica de su hospital de referencia es excesiva, por lo que se le ofrece la canalización a un hospital privado que tiene con-

certados ciertos procedimientos quirúrgicos, como la colecistectomía, y que son facturados a la Sanidad Pública por proceso, esto es, a un precio cerrado por procedimiento, con independencia de los recursos empleados. Canalización que es aceptada por el enfermo.

El paciente acude a la consulta de cirugía del hospital concertado con los informes de los ingresos anteriores, el preoperatorio realizado y la indicación basada en una ecografía que no aporta.

Los cirujanos del hospital concertado tienen un salario fijo y una remuneración variable, pactada por objetivos, entre los que se encuentra la “utilización racional de las pruebas diagnósticas de imagen”, que hace que sean muy restrictivos en la solicitud de pruebas de imagen. En el caso que nos ocupa, no se solicita una ecografía como comprobación del estado de su vía biliar, puesto que el enfermo no aporta la que se le practicó en el otro centro, y el paciente entra en el quirófano para cirugía laparoscópica con un absceso subfrénico, de cuya existencia nada se sabía.

Valores en conflicto

- El mayor beneficio para el paciente.
- El valor económico en el que consiste el incentivo al profesional.

Cursos extremos de acción

- Solicitar todas las prestaciones diagnósticas de la cartera del hospital, analíticas y de imagen, que tengan que ver con la vía biliar, con el fin de asegurar al máximo el diagnóstico.
- No solicitar ninguna prestación diagnóstica. Asumir el diagnóstico que aparece en el informe del paciente canalizado.

Cursos intermedios de acción

- Repetir la ecografía, que no aporta el paciente.
- Repetir todas las pruebas necesarias para establecer el diagnóstico, que hayan podido variar debido al tiempo transcurrido.
- Repetir, además, el preoperatorio del paciente, de edad avanzada, para minimizar los riesgos quirúrgicos.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

El caso clínico no especifica cuánto tiempo transcurre desde que se estableció la indicación quirúrgica y fue canalizado al hospital privado. Parece prudente



contar con las pruebas necesarias en las que se ha fundado el diagnóstico y con aquellas que hayan podido variar debido al tiempo transcurrido; lo cual probablemente incluya una ecografía de la vía biliar y la repetición del preoperatorio si ha transcurrido más de un mes desde que se hubiera realizado, o menos tiempo si la anamnesis sugiriera que puede haber un mayor riesgo quirúrgico.

Recomendaciones



- En el caso que nos ocupa se adoptó un curso extremo a favor del incentivo. Los cursos extremos no suelen ser opciones prudentes, y en este caso no lo fue.
- Debe notarse que tampoco el otro curso extremo hubiera sido prudente. La acumulación ciega de prestaciones diagnósticas siguiendo el espejismo de reducir a cero la incertidumbre no tendría límite y conduce a lo que se podría llamar “parálisis diagnóstica”, por lo que el incentivo para premiar la eficiencia en la utilización de las prestaciones diagnósticas no es perverso en sí; aunque uno desearía que no hiciera falta la incentivación para que la utilización de los procedimientos diagnósticos por parte del profesional se realizara de manera adecuada.
- El profesional de nuestro caso clínico decide limitar la solicitud de prestaciones analíticas, favoreciendo de ese modo la obtención de un incentivo económico, apoyándose en un diagnóstico establecido en otro centro. Ya hemos comentado que fue una decisión imprudente. Y si no hubiera estado establecido el diagnóstico, se habría tratado de una decisión maleficente, negligente. Un límite que no puede rebasarse, con o sin incentivo, es el de la indicación, en este caso la realización de las pruebas diagnósticas indicadas.

PROBLEMA 17

¿Es lícita cualquier forma de incentivación del alta precoz?



El ajuste de la estancia media de un hospital es uno de los objetivos de todo equipo de gestión. Si se consigue reducir de forma eficiente la estancia media se puede aumentar de forma considerable la actividad del hospital; si se trata de un hospital de gestión privada que factura por proceso (por acto), el incremento de la actividad sin un aumento del número de camas supone un aumento del benefi-

cio, motivo por el que puede ser interesante, desde el punto de vista del Gerente, la incentivación de las altas aceleradas.

Caso 17

En el hospital concertado del caso anterior, que tiene un número bastante justo de camas, es imprescindible una estancia media baja para que pueda mantenerse la actividad quirúrgica suficiente para que el hospital no sea deficitario. Desde la Dirección Gerencia del hospital se mantiene una política agresiva de incentivos, de manera que se penalizan las estancias por un tiempo superior a la media de los hospitales de complejidad comparable.

El paciente del caso anterior reingresa, 7 días después de la intervención, con fiebre y dolor abdominal. Ante la sospecha de que se trate de una complicación de la cirugía, se realiza una exploración de la herida quirúrgica y una ecografía de urgencia, que confirma la existencia de un absceso subfrénico de pequeño tamaño, que podría ser subsidiario de tratamiento médico, con antibióticos y control mediante pruebas de imagen de la evolución del absceso.

Se extraen dos tandas de hemocultivos que resultan negativos, por lo que no se consigue un diagnóstico etiológico, y se indica una antibioterapia empírica con el espectro suficiente para cubrir la flora aerobia y anaerobia intestinal. Si el paciente fuera tratado con antibióticos de forma intravenosa durante 10 días y se repitiera la prueba de imagen antes de que se decida el alta, el profesional sería probablemente penalizado, o no incentivado, por la estancia media de sus enfermos, mientras que si se diera de alta al paciente con medicación oral y se realizara la prueba de imagen de forma ambulatoria, el profesional vería premiado su esfuerzo por disminuir la estancia media. El enfermo, de edad avanzada, es un paciente en el que la probabilidad de que ocurran complicaciones no es despreciable.

Valores en conflicto

- El mayor beneficio para el paciente.
- El valor económico en el que consiste el incentivo al profesional.

Cursos extremos de acción

- Pautado de medicación intravenosa el tiempo correcto (10 días), repetición de la prueba de imagen y decisión según los hallazgos todo en régimen hospitalario.
- Pautado de medicación oral y alta inmediata para que el paciente sea controlado por su médico de zona.



Cursos intermedios de acción

- Pautado de la medicación intravenosa en el hospital hasta que se consiga una mejoría evidente, para pasar luego a la medicación oral en su domicilio, bajo el control de Atención Primaria.
- Pautado de la medicación intravenosa el tiempo necesario en un régimen de hospital de día cuando el estado del paciente lo permita y realización del control de imagen al finalizar el tratamiento, por el hospital o por su especialista de zona, según comodidad del paciente y listas de espera.
- Contacto con un equipo de atención a domicilio y, si el paciente está de acuerdo y su estado no requiere atención hospitalaria, pautado de la medicación intravenosa en su domicilio administrada por el equipo de atención domiciliaria, con un control de imagen, al terminar el tratamiento, a cargo del hospital o de Atención Especializada, según comodidad del paciente y listas de espera.
- Informar al paciente de las alternativas de tratamientos, incluyendo sus riesgos, beneficios e inconvenientes.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

Cualquiera de los tres cursos intermedios propuestos pueden ser cursos óptimos, dependiendo de los recursos del hospital concertado, de la Atención Especializada y de la Atención Primaria Públicas; así como de las preferencias y estado del paciente, mantenimiento del ingreso hospitalario mientras el estado general del enfermo lo requiera, para seguir con medicación intravenosa en régimen domiciliario o en régimen de hospital de día según las preferencias del enfermo y las posibilidades de atención domiciliaria que tenga el hospital o Atención Primaria. Si se dispusiera de una buena sintonía con Atención Primaria y el enfermo fuera suficientemente colaborador, podría plantearse, cuando su estado general sea el adecuado, seguir con medicación oral controlado por Atención Primaria o atención domiciliaria.

Recomendaciones

- De nuevo, el incentivo no es perverso en sí mismo. La perversión aparece cuando en aras de la obtención de un “premio” se actúa de forma negligente.
- El curso óptimo elegido, probablemente sea considerado por el paciente como el de mayor beneficio para él, puesto que evita estancias hospitalarias innecesarias desde un punto de vista estricto, sólo motivadas por la necesidad de



administrar un tratamiento. Además reduce la exposición a complicaciones nosocomiales, fundamentalmente infecciones. Un incentivo que estimule la adopción por parte de los diferentes estamentos del hospital de este tipo de soluciones, puede ser considerado beneficente.



PROBLEMA 18

¿Es lícita la incentivación del uso de tratamientos más baratos?

La reducción racional de los gastos derivados de la farmacia es otro de los caballos de batalla del equipo de gestión. La utilización de fármacos genéricos, la decisión de qué familia de fármacos es la más adecuada desde los puntos de vista de la eficacia y el precio para los diferentes procesos que se tratan en el hospital, es uno de los cometidos que se le piden al gestor de la farmacia del hospital.

Caso 18

Un varón de 36 años, poseedor de una póliza privada de seguro médico, es diagnosticado de linfoma no Hodgkin de alto grado, por lo que acude a un hospital privado que presta asistencia a los asegurados de su compañía para recibir tratamiento.

El hospital percibe una remuneración fija por todo el proceso, independientemente de los fármacos y del resto de procedimientos terapéuticos que se practiquen al enfermo, por lo que incentiva a su farmacéutico para que nutra la farmacia del hospital de los tratamientos farmacológicos que, si bien están indicados, sean los más baratos, y se resista a la inclusión en la farmacia de fármacos novedosos mucho más caros.

Ante esta perspectiva, el oncólogo sólo puede prescribir un protocolo tipo CHOP para nuestro paciente, aunque le incomoda saber que con la administración de un nuevo protocolo que incluya anticuerpos monoclonales, muchísimo más caro y no incluido en la póliza contratada por el enfermo, las posibilidades de supervivencia de nuestro enfermo serían, quizá, ligeramente mayores. Si el oncólogo decidiera aplicar el protocolo caro, debería solicitar los fármacos no disponibles en su farmacia y no cubiertos por la póliza del enfermo y, probablemente, sería económicamente penalizado. Por otra parte, el estadio del lin-



foma lo hace probablemente curable con el protocolo CHOP, que sí tiene disponible, por lo que se trata de un tratamiento indicado; aunque, tal vez, no el tratamiento de elección.

Valores en conflicto

- Mayor beneficio para el enfermo. Utilización del tratamiento de elección.
- Beneficio económico del oncólogo: evitar la penalización por utilizar fármacos que no se encuentran disponibles en la farmacia del hospital.

Cursos extremos de acción

- Aplicación de un protocolo que incluya todos los fármacos de última generación, se hallen en la farmacia o no.
- Indicación de un protocolo que, si bien pueda ser eficaz, no constituye el tratamiento de elección, con el fin de no ser penalizado.

Cursos intermedios de acción

- Información al paciente de la existencia de fármacos indicados para el tratamiento de su enfermedad que no pueden ser administrados en ese hospital y que, según su criterio profesional, mejorarían las perspectivas de curación, proponiéndole su adquisición por cuenta del enfermo.
- Información de la situación, como en el curso anterior, proponiéndole su traslado a otro centro, público probablemente, que sí cubra este tratamiento.
- Argumentación documentada ante la gerencia de su centro de la necesidad de inclusión de unos fármacos que mejorarían la supervivencia del enfermo en los protocolos del hospital.
- Hablar con la compañía de seguros para ver si se cambia la política sobre esa enfermedad, a la vista del nuevo tratamiento existente y de su precio. También cabría, al menos como posible curso, que la compañía negociara con el paciente una mejora de la póliza de seguro, de tal modo que cubriera la nueva posibilidad terapéutica.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

El profesional debe argumentar ante la Gerencia de su centro la necesidad de incluir un nuevo fármaco en su farmacia y en los protocolos de tratamiento de ese tipo de linfoma que nos ocupa. En el caso de que la Gerencia no se avenga a razones documentadas y el profesional considere que el tratamiento disponible no es el tratamiento de elección, debe hacérselo saber a su paciente y sugerirle su tras-

lado a otro centro que sí lo contemple, o negociar con su compañía de seguros el cambio en la política con respecto a esa enfermedad o la mejora de su póliza; o proponerle que adquiriera el fármaco.



Recomendaciones

- El deber del médico para con su paciente incluye la indicación de tratamientos que sean considerados por la comunidad científica como tratamientos de elección, ya que de otro modo se está siendo maleficente. Un incentivo que premie la indicación de tratamientos que no sean los tratamientos de elección debe considerarse un incentivo perverso.
- Cuando el tratamiento es discutible o discutido, como ocurre en el siguiente caso, las consideraciones pueden ser diferentes.

Caso 19

Volvamos al caso anterior, de nuestro hospital con una farmacia férreamente incentivada para la utilización de fármacos indicados, pero baratos. En este caso, nuestro enfermo es un varón de 46 años con un cáncer no microcítico de pulmón en estadio no curable. El oncólogo, una vez más, se encuentra con un problema: conoce un nuevo protocolo de tratamiento de los tumores de la estirpe y estadio del que nos ocupa, que incluye dos nuevos fármacos, mucho más caros que los tratamientos estándar, y que, en los ensayos clínicos de referencia, y en la experiencia clínica publicada con posterioridad a su autorización, consiguen una mediana de supervivencia que es 4 semanas mayor al tratamiento estándar. ¿Estaría justificado el enorme esfuerzo económico para prolongar la vida de nuestro enfermo unas semanas, en el mejor de los casos?

Valores en conflicto

- La prolongación de la vida.
- El coste del nuevo fármaco.

Cursos extremos de acción

- Pautar cuantos fármacos estén descritos que tengan posibilidad de prolongar la vida del paciente.
- Atender únicamente al coste de los fármacos y despreciar el aumento de esperanza de vida de unas semanas.



Cursos intermedios de acción

- Informar al paciente de la existencia de alternativas terapéuticas, no suficientemente contrastadas y que no son posibles en el presente hospital.
- Argumentación documentada ante la Gerencia del centro de la posibilidad de inclusión de unos fármacos que mejorarían el pronóstico o la calidad de vida del enfermo en los protocolos del hospital.
- Contactar con la compañía de seguros para ver si cambia su política sobre esa enfermedad, a la vista del nuevo tratamiento existente y de su precio. También cabría, al menos como posible curso, que la compañía negociara con el paciente una mejora de la póliza de seguro, de tal modo que cubriera la nueva posibilidad terapéutica.
- Proponer al paciente que se beneficie de la inclusión en un ensayo clínico que contemple fármacos en fase de investigación que pudieran mejorar su pronóstico.
- Proponer al paciente el traslado a otro centro que sí contemple la posibilidad de utilización de otros fármacos que pudieran mejorar su pronóstico.
- Sugerir al paciente, si existe la posibilidad, que adquiera por su cuenta el fármaco.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

El curso óptimo propuesto sería una combinación de los cursos intermedios: El paciente debe ser informado de todos los datos disponibles sobre su enfermedad, pronóstico y posibilidades de tratamiento disponible, para que pueda participar, de forma libre, de las decisiones que haya que tomar. Si los tratamientos no incluidos en la farmacia del hospital que nos ocupa tienen utilidad (lo contrario a futilidad) a juicio del profesional, debe argumentarlo ante sus gestores para ver cómo incluirlos en los protocolos del hospital. Igualmente debe procederse con la compañía de seguros, pactando incluso una nueva póliza. Si la Gerencia del hospital y la compañía de seguros son impermeables, se debe proponer al paciente el acceso a estos tratamientos, bien en otro centro, bien a través de un ensayo clínico, si los fármacos están en fase de investigación, o mediante la adquisición directa por parte del paciente.

Recomendaciones

- En el caso de tratamientos de utilidad no completamente establecida, o de beneficios discutibles, existe un margen para la incentivación de tratamientos



de utilidad demostrada frente a los de utilidad discutible. En el caso de que la utilidad del tratamiento sea más que discutida, es decir, cuando se trate de un tratamiento fútil además de caro, podría considerarse maleficente su indicación. Bajo estas consideraciones, una incentivación a los profesionales que estimule la evitación del encarnizamiento terapéutico no sería ilícita.

- En ámbito de la sanidad privada es más dudosa la inclusión de la justicia distributiva como valor en el análisis moral, puesto que los tratamientos caros de utilidad dudosa no serían financiados por el Sistema Público de Salud, sino por la póliza contratada por el paciente o por el mismo paciente, salvo que se proceda al traslado del paciente a un centro público con el fin de que se le administre determinado tratamiento.
- La oferta de inclusión en un ensayo clínico que contemple fármacos cuya utilidad está siendo todavía investigada excede el propósito de este apartado; pero es una opción lícita siempre que se cumplan todos los requisitos de un ensayo clínico.

PROBLEMA 19



¿Es lícito incentivar la derivación de pacientes de consultas privadas a centros determinados para la realización de pruebas complementarias?

Caso 20

Juan Pérez acude a la consulta privada del médico de familia José Rodríguez, por un cuadro de dolor abdominal. Este médico, una vez realizada la pertinente historia clínica y una exploración general, concluye que es necesario realizar un análisis de sangre y una ecografía abdominal. Por todo ello, extiende una petición de dichas pruebas al paciente para realizarlas en otra clínica privada, que además es la que queda más cerca del domicilio del paciente y la que le ocasionaría menos gastos de desplazamiento y menos molestias. El Dr Rodríguez percibe un 10% del coste que dicha pruebas (como socio de la misma) tienen para el paciente, sin que ello suponga un encarecimiento de las mismas para el paciente ni una merma de la calidad.

Valores en conflicto

- El mayor beneficio para el paciente
- El valor económico en el que consiste el incentivo al profesional



Cursos extremos de acción

- Lo remito siempre porque al fin y al cabo la calidad de la prestación está asegurada, el precio es el mismo que en cualquier otra clínica y el paciente ahorra en molestias y desplazamientos. Por lo tanto es beneficioso para el paciente.
- No lo deriva nunca a esa clínica, puesto que como socio de la misma percibe un incentivo por las pruebas, lo que va en contra del código deontológico que dice: “el médico no percibirá comisión alguna por sus prescripciones ni podrá exigir o aceptar retribuciones de intermediarios.”

Cursos intermedios de acción

- Informar al paciente de los distintos centros o servicios en los que pueden realizarle las pruebas que necesita.
- El mismo curso anterior, pero añadiendo que esa clínica le ofrece al médico confianza, y que además es la más cercana y la que le causará menos molestias.
- El mismo curso anterior, pero añadiendo que el médico es socio de esa clínica, aclarándole que no tiene que verse presionado por ello a realizar allí las pruebas, que es él quien tiene que tomar la decisión, eligiendo la clínica que estime más conveniente para sus intereses personales.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s):

Cualquiera de los tres cursos intermedios protegen los intereses del paciente, al darle una información que es positiva para el mismo puesto que le ahorra desplazamientos y molestias, pero dejándole abierta la posibilidad de elección de la opción que él considerare que favorece más sus intereses.

Recomendaciones

- El incentivo no es perverso en sí mismo. La perversión aparece cuando en aras de la obtención de un “premio” se actúa de forma negligente, por ejemplo a sabiendas de que el precio de las pruebas se incrementa para poder proporcionar la comisión al médico, o que la calidad de las mismas no es la idónea.
- En el caso analizado, el conflicto de valores viene dado por el beneficio que obtiene el paciente, dada la localización de la clínica en la proximidad de su domicilio, y por el supuesto de que el interés económico que el profesional tiene en la clínica no modifica en lo más mínimo sus criterios técnicos de indicación de pruebas.





- No cabe duda que hay profesionales en los que este tipo de incentivos no les sesga sus criterios de recto ejercicio de la profesión. Pero tampoco la hay de que en otros casos esto no sucede así. Y dada la obligación de los Colegios de Médicos de velar por el correcto desempeño de las actividades profesionales, se entiende que clásicamente haya prohibido este tipo de prácticas (el derivar directamente pacientes a un centro, un servicio o un profesional determinado), y que el Código Deontológico Español diga taxativamente que “el médico no percibirá comisión alguna por sus prescripciones ni podrá exigir o aceptar retribuciones de intermediarios.”



Incentivos provenientes de la Industria Farmacéutica y otros proveedores sanitarios

PROBLEMA 20

Los proveedores y sus incentivos



La financiación de actividades por parte de la Industria Farmacéutica tiene una larga tradición en España. Esta financiación de actividades va muy unida a la visita médica en Hospitales y Centros de Salud. Una manera de granjearse la simpatía de los facultativos consiste en ofrecerles regalos y financiarles actividades científicas. Ello ha llevado a los responsables de las instituciones a limitar, cuando no impedir, la práctica de la visita médica. La introducción de los fármacos genéricos ha desplazado muchas de estas prácticas a la Oficina de Farmacia, con un tratamiento puramente comercial. Ello ha provocado una menor presión sobre los facultativos. Sin embargo, el volumen de actividades financiadas continúa siendo relevante, y en ocasiones plantea serios problemas a los directores de equipos. ¿Deben prohibirse o permitirse con matices las actividades financiadas de la Industria Farmacéutica? ¿Debe tener el director de equipo o servicio algún tipo de papel en la supervisión de este tipo de actividades?

Caso 21

En un Servicio Asistencial se recibe a los visitantes de los laboratorios en una franja horaria determinada por el Jefe de dicho Servicio. En un año de actividad se recoge por parte de un médico interesado en asuntos de bioética la siguiente casuística:

- 3 médicos han participado en un trabajo de recogida de datos (fichas epidemiológicas). Estos trabajos consistieron en poner un determinado fármaco a un paciente concreto, afectado por una enfermedad concreta, y en rellenar una

ficha de efectos secundarios y pruebas de laboratorio. Luego estas fichas eran entregadas al representante de la casa farmacéutica, que en compensación les regalaba un ordenador portátil.

- Se celebraron 2 cenas en restaurantes de lujo, que incluyeron a unos 6 médicos cada una, para la presentación de nuevas moléculas.
- Los laboratorios pagaron 8 inscripciones a congresos (6 a médicos y 2 a enfermeras), y en dos casos pagaron también desplazamientos y hoteles.
- Cinco profesionales, 3 de ellos de enfermería, viajaron con los gastos pagados a una ciudad europea para la presentación de un nuevo producto sanitario, relacionado con la especialidad.

Conocedor de estos datos, el Jefe de este Servicio prohíbe durante dos años la visita médica. En estos dos años se detecta una ayuda financiera externa similar a la referida. Por otro lado, el hecho de prohibir la visita excluyó al equipo de algunas donaciones de libros y suscripciones a revistas de interés general.

La situación descrita es frecuente en los servicios hospitalarios y de Atención Primaria. Por lo general los Jefes o Directores de Equipo “dejan hacer”, no se dan por enterados, o sólo actúan cuando se produce algún tipo de abuso o conflicto. A decir verdad, los conflictos son escasos o inexistentes, salvo que alguien, un profesional inquieto por la bioética, por ejemplo, o la misma institución, desee intervenir. ¿Intervenir para qué? Hay dos tipos de motivación: a) desde el campo de la gestión se cree que los visitantes médicos encarecen la atención sanitaria y empeoran el perfil de prescripción, por lo que suelen recomendar medidas que alejen a sus profesionales de las “malas influencias”; b) por el lado de la bioética ha preocupado el deterioro del profesionalismo. Veamos por consiguiente cuáles son los valores en conflicto.

Valores en conflicto

Los valores en conflicto son:

- De un lado, la necesidad de evitar abusos que puedan inducir la prescripción del profesional mediante prácticas incorrectas, como pueden ser las “fichas epidemiológicas”.
- Y de otro la necesidad de no impedir la colaboración positiva de los proveedores en la formación y confraternización de los profesionales.

Cursos extremos de acción

Los cursos extremos consisten siempre en la opción por un valor en detrimento del otro. Así, en nuestro caso:



- Un curso será prohibir cualquier tipo de oferta de ayuda financiera externa, a menos que se halle vehiculizada por la dirección del servicio.
- El curso extremo opuesto será aceptar todo tipo de ofertas provenientes de los proveedores, ya que resultan beneficiosas, tanto económica como formativamente.

En la primera opción, el equipo y sus órganos colegiados son los únicos que deciden el cómo y el cuándo de los incentivos, y vehiculizan estas ayudas de la manera más institucionalizada posible. En la práctica, esta opción es bastante o del todo inviable, toda vez que muchos cursos, presentación de productos, etc., se ofertan directamente a los profesionales y casi siempre fuera de horario laboral. Pero lo que resulta menos adecuado es que el equipo suele infantilizarse ante una dirección que sabe en todo momento la frontera que separa el bien del mal, y se encarga de dictaminar lo que conviene a uno u otro.

En la segunda hipótesis, cada profesional determina su política frente a los incentivos ofrecidos por las casas farmacéuticas, sin ninguna interferencia de los demás colegas. A simple vista parece lo más correcto, pues a fin de cuentas los proveedores suelen ofrecer sus actividades a profesionales concretos. Sin embargo, puede deteriorar la cohesión grupal, y lo que es más grave, puede favorecer prácticas indeseables, como sería el cobro por participar en pretendidos estudios epidemiológicos sin rigor científico, que se realizan simplemente para que el médico se habitúe a recetar un determinado fármaco. Esta opción, por consiguiente, puede deteriorar el *ethos* colectivo, pues en la medida en que varios miembros del equipo aceptan prácticas de *marketing* dudosas, contaminan a otros profesionales más resistentes, y al final todo el grupo piensa que “esas prácticas son normales” y “las hace todo el mundo”.

Cursos intermedios de acción

Los cursos intermedios llevarán a diferenciar entre las distintas ofertas, aceptando unas y rechazando otras. En la práctica suelen observarse dos tipos de situaciones intermedias:

- Cada profesional determina su política y su mejor hacer, sin menoscabo de que la empresa actúe también mediante acuerdos con casas farmacéuticas determinadas.

Esta es la situación más frecuente. El equipo en su conjunto tiene algunos acuerdos con algunos proveedores, a fin de garantizar algunas suscripciones a determinados congresos, o algunas actividades formativas dirigidas a diversos perfiles profesionales, médicos, personal de enfermería, administrativos, etc. Pero el profesional tiene un amplio margen para gestionar otras ayudas. En

ocasiones este margen favorece la aparición de conductas poco o nada convenientes, y aunque ello suele llegar a la dirección, casi nunca es objeto de análisis en reuniones específicas, ni motivo de reflexión grupal.

- El equipo, y en su representación la dirección del mismo, es quien toma las riendas de los acuerdos, sin menoscabo de que puntualmente algunos profesionales lleguen a acuerdos en aspectos no incluidos en el acuerdo marco del servicio. Esta situación, con ser menos frecuente, da un margen elevado a la jefatura del servicio para lograr acuerdos que beneficien a los “menos favorecidos” del equipo, es decir, a los administrativos y enfermería. Desplazar una parte de los incentivos a estos profesionales aumenta la cohesión de grupo, y en general es muy positivo para la dinámica del mismo. También da más oportunidades para que no se instauren prácticas poco o nada éticas, como las famosas fichas epidemiológicas, viajes promocionales o regalos *ad personam*.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

Cualquiera de los dos cursos intermedios puede ser adecuado, en función del equipo concreto. La estrategia que se adopte tiene que preservar:

- La libertad de prescripción del médico. Lógicamente hay una serie de protocolos establecidos y aprobados, pero ocasionalmente el médico los deberá adaptar al paciente y circunstancias del caso, margen que resulta irrenunciable para una buena práctica clínica.
- Rigor científico de los trabajos de campo. Cualquier trabajo que se proponga debe tener el aval de los Comités Científico y Ético correspondientes.
- Solidaridad en el equipo sanitario. Hay que garantizar que los profesionales menos favorecidos tengan posibilidad de asistir a los principales eventos de la especialidad, ya sea mediante ayudas de la propia institución o de algún proveedor. Este tipo de ayuda no debiera generar en el beneficiado la sensación de que está en deuda con dicho patrocinador.
- Igualdad de oportunidades para los proveedores de productos farmacéuticos. La decisión de aceptar uno u otro patrocinador debe ser tomada para mayor beneficio del paciente, de la institución y del equipo, por este orden. Renunciar a una ayuda financiera en aras a un mejor servicio al paciente o a la institución serían señales obvias de responsabilidad.

Una importante reflexión surge al considerar el ejemplo que ofrecemos a los residentes que se forman en nuestros servicios asistenciales. Para ellos asistir a los congresos de su especialidad es un reto y un incentivo importante. Dejar en manos



de los proveedores que se les pague la inscripción, cuando no a veces el viaje y la estancia, les sitúa en posición de “agradecimiento debido”. Por el contrario, si la dirección del servicio gestiona estas ayudas financieras, se diluye la relación personal con el proveedor y, aunque el residente sepa el proveedor que le financia, puede mantener en un próximo futuro de manera más equilibrada su libertad de decisión y prescripción. Además, el mecanismo por el que llega la ayuda financiera también tiene un efecto educativo.

Recomendaciones



- Los equipos –y en especial los responsables de los mismos– deben hablar abiertamente de cómo se efectúan las actividades de sponsorización, y tratar de que beneficien al conjunto del grupo más que a los profesionales individuales.
- Cualquier financiación de actividades que no sea directamente profesional debe ser rigurosamente prohibida, en especial pagos dinerarios, regalos de un determinado valor que supere la esfera estrictamente profesional, viajes, etc.
- Los responsables de los equipos asistenciales tienen el deber de revisar las ayudas financieras que los miembros del equipo reciben, pues generalmente son ayudas que no recibirían si no trabajaran en dicho equipo.
- Prohibir radicalmente la financiación de actividades profesionales suele acabar en fracaso, y es una manera de rehuir el problema.
- Las ayudas financieras, y más en general las políticas de mejora de la calidad de prescripción, deben preservar la libertad del médico para prescribir en todo momento el fármaco óptimo para cada paciente.
- Una política clara y de equipo, como las explicadas más arriba, tiene que poder ser explicada a la institución, y la empresa debe refrendarla y colaborar. Una ayuda financiera externa en ningún caso debe sustentarse en un acuerdo con un proveedor que no sea adecuado para la institución.
- Cualquiera que sea la decisión que tome un equipo en esta materia, conlleva tensiones. La existencia de un Comité de Bioética puede ser útil para dirimir decisiones o situaciones poco claras.
- Pero no olvidemos que la situación menos clara es la de aquellos servicios en los que este tema nunca se ha debatido ni ha sido objeto de reflexión.

El caso anterior tiene una segunda parte. La vida de un equipo es compleja, tan compleja como los miembros que lo componen. Aunque no lo parezca, los miembros de un equipo se observan para ver el grado de implicación y esfuerzo que rea-

liza cada uno, y no pasar por vago ni por alguien que trata de hacer méritos. Estos equilibrios se ponen a prueba cuando una persona recibe una prebenda o un pago extra, aunque esté perfectamente justificado. La continuación del caso anterior es una muestra de la fragilidad de estos equilibrios. Un liderazgo sereno y justo suele rebajar el tono de los enfrentamientos, pero cuando este liderazgo queda en entredicho, se produce un enorme debilitamiento del equipo. Este va a ser el caso que proponemos. Al respecto se plantean varias preguntas. ¿Cuál debe ser el equilibrio entre cohesionar el equipo y premiar a los que más se esfuerzan? ¿Resulta necesario que los diferentes estamentos que componen el equipo tengan algún tipo de ayuda financiera? ¿Debe quedar fuera de las normas el director del equipo? ¿Cómo deben enfocarse las ayudas financieras que reciben los residentes?

Caso 22

Es la continuación del caso anterior. Tras una tormentosa reunión en que una parte de los profesionales se quejaron de que prohibir todas las actividades de financiación implicaba desaprovechar oportunidades de desarrollo profesional, se consensuaron las siguientes medidas:

- Los médicos se comprometían a no aceptar cenas, viajes u otras actividades, a menos que no estuvieran abiertas al conjunto del equipo y tuvieran contenido profesional.
- Los trabajos aparentemente epidemiológicos y retribuidos quedaban excluidos. Todos los trabajos tenían que tener un diseño escrito y estar aprobados por las Comisiones de Bioética y de Investigación. En caso de retribución, ésta iría a la empresa y quedaría a disposición del equipo.
- Se trabajaría con tres marcas de fármacos genéricos que garantizarían las inscripciones a congresos tanto de médicos –dando prioridad a los residentes– como de enfermería.
- El resto de posibles ayudas financieras se vehiculizarían a una cuenta que abriría la propia institución, para realizar una salida de convivencia anual, abierta a todo el equipo, así como pagos directamente relacionados con la actividad profesional (seminarios, cursos, etc.).

Este acuerdo pareció funcionar bien durante dos años, con un sustancial redireccionamiento de las ayudas –que antes percibían profesionales concretos– al conjunto del equipo.

Sin embargo, al tercer año de funcionamiento se produjeron dos conflictos de distinta naturaleza:



- Un primer conflicto apareció cuando tres médicos participaron en un ensayo clínico, aprobado por las Comisiones de Ética e Investigación correspondientes, ensayo que estaba retribuido con cierta cantidad de dinero. Estos médicos se negaron a llevar a cabo el ensayo a menos que no percibieran todo el importe, alegando el esfuerzo importante que les representaba.
- El otro conflicto amenazaba con ser mucho más importante. Una parte de los médicos se mostró disconforme con el mecanismo establecido. A su manera de ver, las ayudas se socializaban en tanto que las responsabilidades no lo estaban. No era justo que el conjunto del equipo se beneficiara de unas ayudas que venían sobre todo por el valor de las actividades médicas. La espoleta para que eclosionara el malestar fue conocer que el equipo directivo del servicio había acudido a un Congreso Internacional con todos los gastos pagados por parte de un proveedor de un importante fungible que dicho servicio utilizaba de manera rutinaria. El equipo directivo se defendió alegando que se trataba de un congreso necesario para las tareas de gestión del servicio, y que de todas maneras si no hubieran aceptado esta ayuda, la hubieran tenido que retraer del fondo de ayudas del conjunto del equipo.

Valores en conflicto

Los dos valores en conflicto son:

- De una parte la necesidad de favorecer a los profesionales que aportan mayor valor a las actividades del servicio, y que suelen ser también los que solicitan más ayudas para ir a congresos, reuniones o grupos de trabajo.
- Y de otra la equidad en la distribución de los incentivos entre los estamentos del equipo.

Cursos extremos de acción

Los dos cursos extremos serían:

- Tener como único criterio las responsabilidades asumidas por cada uno y favorecer a los profesionales con mayor número de publicaciones o de actividades científicas, haciéndoles los principales perceptores de las ayudas.
- Proceder a una distribución de los incentivos entre todos los estamentos del equipo sin tener en cuenta las responsabilidades de cada uno.

Cursos intermedios de acción

Nuevamente nos encontramos con una variedad enorme de situaciones, muy diferentes según se trate de empresas privadas o públicas. En las empresas privadas el

estamento médico gestiona las ayudas económicas individualmente la mayoría de las veces, y a veces de manera colegiada, con una estructura de decisión independiente de la jerarquía oficial. Por su parte, los otros estamentos suelen tener acuerdos con la empresa, acuerdos mediados por los sindicatos, para realizar determinadas horas de formación, y no suelen observar con recelo las actividades del estamento médico.

En la sanidad pública los tres estamentos por lo general existentes, médico, enfermería y administrativos, están en mayor igualdad, y las actividades de financiación externa suelen dirigirse casi en exclusiva a los médicos. En este caso el hecho de que algunas de estas actividades sean compartidas supone una excelente oportunidad para cohesionar al equipo. Sin embargo, si esta política no se lleva con buen tino, supone un retraimiento de los médicos, cuando no su abierta rebelión.

Para ser algo más concretos, he aquí en síntesis algunas situaciones intermedias:

- El equipo pacta con los suministradores más importantes –y siempre de acuerdo con la empresa– algunas contraprestaciones que reparte de manera equitativa entre los diferentes estamentos, y deja libertad a los profesionales para que, de acuerdo con un Código de Buenas Prácticas, puedan buscar financiación para actividades científicas o de desarrollo profesional.
- El equipo dirige las ayudas institucionales o de empresa de manera preferente o casi exclusiva hacia enfermería y administrativos, dejando que los médicos se beneficien de las financiaciones que puedan encontrar.
- El equipo vela para que los residentes puedan realizar las actividades recomendadas en su período formativo con financiación que pacta de manera global, dejando el resto de actividades a criterio de los propios profesionales o de las comisiones que a tal efecto se hayan constituido en la empresa.
- El equipo tiene completa libertad, pues es una empresa independiente, y publica entre los proveedores un concurso en el que se contemplan entre otros parámetros la financiación de actividades. Esta financiación se aplica conforme a baremos de méritos entre los profesionales que lo solicitan.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

El curso óptimo dependerá de aspectos específicos de cada equipo: si se trata de una empresa independiente, si actúa en el ámbito público o privado, hospital o primaria, tipo de especialidad, etc. Sin embargo, este curso óptimo deberá cumplir algunos requisitos:

- Tener criterios conocidos por todos para distribuir las ayudas de tipo general, con cierta flexibilidad en su aplicación. Resulta muy conveniente una comisión de trabajo con representantes de los profesionales, con el cometido de priori-



zar las solicitudes de ayuda y participar en las decisiones que tome el equipo directivo en este tema.

- Respetar a aquellos financiadores que dirigen específicamente una ayuda a un estamento determinado –o incluso a un profesional determinado, siempre que se atengan a las buenas prácticas– y tratar de compensar a aquellos estamentos con menos oferta (por lo general los administrativos), con cursos financiados por la propia empresa.
- Tener una especial sensibilidad hacia los profesionales que juegan un papel crucial en la calidad y prestigio final del servicio, como también hacia aquellos profesionales que se encuentran incómodos con financiaciones o ayudas que vengan del campo de la Industria Farmacéutica. En este sentido, la institución o empresa debería ofertar unas ayudas razonables para asistir a Congresos y otros eventos, y deberían existir ciertos baremos que dieran mayores facilidades a los profesionales que presentan comunicaciones, pósteres, o que tienen un papel relevante en dichos actos científicos. Sería conveniente que estas ayudas no cubran el 100% de la actividad, pues el hecho de que el propio profesional deba pagar una parte de la misma, aunque dicha parte sea testimonial, incrementa positivamente la valoración e implicación en dicha actividad.

Recomendaciones



- Resulta conveniente, al menos una vez al año, refrescar la memoria del equipo en relación al Código de Buenas Prácticas en la aceptación o rechazo de ayudas.
- En caso de que el equipo participe en ensayos clínicos, debe premiarse el esfuerzo que sin duda realizarán los profesionales que directamente se impliquen.
- Los residentes y los profesionales más comprometidos deben gozar de una consideración especial, evitando que sean ellos quienes busquen las ayudas económicas. Lo ideal será que la empresa o institución disponga de una partida para posibilitar su participación en los Congresos de la especialidad.
- Los médicos que se encuentran a disgusto con ayudas provenientes de la Industria deberían tener acceso a ayudas de la empresa o institución para poder mantenerse actualizados.
- Las ayudas que el equipo pacta con los proveedores evitan el efecto de “agradecimiento debido”.
- Los responsables del equipo deben esforzarse por demostrar que no obtienen ventajas en la gestión de estas ayudas. Es conveniente que exista algún miembro sin cargo de gestión que participe en las decisiones.



Apéndice documental

Normativa sobre incentivos

APÉNDICE DOCUMENTAL Y NORMATIVA SOBRE INCENTIVOS

1. NORMATIVA JURÍDICA

1.1. Legislación estatal

- Constitución española
- Código civil
- Código penal
- Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 66/1997, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
- Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida.
- Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica.
- Real Decreto 1416/1994, de 25 de junio, por el que se regula la publicidad de los medicamentos de uso humano.

- Real Decreto 411/1996, por el que se regulan las actividades relativas a la utilización de tejidos humanos.
- Real Decreto 520/1999, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Estatuto de la Agencia Española del Medicamento.
- Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de órganos y tejidos humanos.
- Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos.
- Real Decreto 1301/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos.
- Real Decreto 1338/2006, de 21 de noviembre, por el que se desarrollan determinados aspectos del artículo 93 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios en el marco del sistema de precios de referencia.
- Real Decreto 1344/2007, de 11 de octubre, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano.
- Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente.
- Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Orden SCO/3685/2004, de 2 de noviembre, por la que se establecen las bases reguladoras para la concesión de subvenciones destinadas a instituciones y entidades sin ánimo de lucro para fomentar la donación y el trasplante de órganos y tejidos humanos.
- Orden SCO/3997/2006, de 28 de diciembre, por la que se determinan los conjuntos de medicamentos y sus precios de referencia y por la que se regulan determinados aspectos para la aplicación de lo dispuesto por la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Orden SCO/256/2007, de 5 de febrero, por la que se establecen los principios y las directrices detalladas de buena práctica clínica y los requisitos para autorizar la fabricación o importación de medicamentos en investigación de uso humano.



- Orden SCO/362/2008, de 4 de febrero, por la que se modifica la Orden SCO/256/2007, de 5 de febrero, por la que se establecen los principios y las directrices detalladas de buena práctica clínica y los requisitos para autorizar la fabricación o importación de medicamentos en investigación de uso humano.

1.2. Normativa comunitaria europea

- Directiva 2001/20/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 4 de abril de 2001, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros sobre la aplicación de buenas prácticas clínicas en la realización de ensayos clínicos de medicamentos de uso humano.
- Directiva 2001/83/CE del Parlamento Europeo y el Consejo, de 6 de noviembre de 2001, por la que se establece un código comunitario sobre medicamentos para uso humano.
- Directiva 2003/63/CE de la Comisión, de 25 de junio de 2003, que modifica la Directiva 2001/83/CE del Parlamento Europeo y del Consejo por la que se establece un código comunitario sobre medicamentos para uso humano.
- Directiva 2004/23/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 31 de marzo de 2004, relativa al establecimiento de normas de calidad y de seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos.
- Directiva 2004/27/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 31 de marzo, por la que se modifica la Directiva 2001/83/CE del Parlamento Europeo y el Consejo, de 6 de noviembre de 2001, por la que se establece un código comunitario sobre medicamentos para uso humano.
- Directiva 2005/28/CE de la Comisión, de 8 de abril de 2005, por la que se establecen los principios y directrices detalladas de las buenas prácticas clínicas respecto a los medicamentos en investigación de uso humano, así como los requisitos para autorizar la fabricación o importación de dichos productos.
- Reglamento (CE) número 726/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 31 de marzo de 2004, por el que se establecen procedimientos comunitarios para la autorización y el control de los medicamentos de uso humano y veterinario y por el que se crea la Agencia Europea de medicamentos.
- Protocolo adicional sobre trasplante de órganos y tejidos de origen humano al Convenio del Consejo de Europa de derechos humanos y biomedicina. Consejo de Europa, Estrasburgo, 24 de enero de 2002.
- Protocolo adicional al Convenio de derechos humanos y biomedicina sobre investigación biomédica. Consejo de Europa, Estrasburgo, 25 de enero de 2005.

1.3. Ejemplos jurisprudenciales

- Sentencia del Juzgado de lo contencioso-administrativo n.º 2 de Valladolid 267/2007, de 18 de julio. (JUR/2008/128781).
- Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Valladolid (Sala de lo contencioso-administrativo, sección 1.ª) 520/2008, de 11 de abril. (JUR/2008/304179).

2. DEONTOLOGÍA Y AUTORREGULACIÓN (CÓDIGOS, RECOMENDACIONES, GUÍAS)

- Organización Médica Colegial, Código de Ética y Deontología Médica (1999): <http://www.cgcom.org/sites/default/files/Codigo.pdf>
- Consell de Col.legis de Metges de Catalunya, Código de deontología (2005): http://www.comb.cat/cast/comb/normativa/codi_deontologic/codi_final.pdf
- Comisión central de Deontología de la OMC, Declaración sobre la libertad de prescripción del médico (1984; revisión 1999): http://www.cgcom.org/sites/default/files/revision_libertad_prescripcion_medico_1999.pdf
- Comisión Central de Deontología de la OMC, Declaración sobre la ética de la relación profesional del médico con la industria farmacéutica y las empresas sanitarias (mayo de 2006): http://www.cgcom.org/sites/default/files/o6_o5_12_relacion_industria.pdf
- Comité Central de Ética y Deontología de la OMC, Informe sobre la disminución de las retribuciones económicas correspondientes a la productividad por cumplimiento de objetivos (mayo de 2007): http://www.cgcom.org/sites/default/files/o7_o5_25_objetivos_o.pdf
- Comité Técnico de Inspección de la Agencia Española del Medicamento, Buenas prácticas de farmacovigilancia para la industria farmacéutica. Medicamentos de uso humano, 19 de junio de 2002.
- Farmaindustria, Código español de buenas prácticas de promoción de medicamentos y de interrelación de la industria farmacéutica con los profesionales sanitarios (Farmaindustria, junio de 2008): http://www.farmaindustria.es/idc/groups/public/documents/c%C3%B3digodocumento/farma_o93502.pdf
- European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA), EFPIA Code of practice on relationships between the pharmaceutical industry and patient organisations (5.10.2007): <http://www.efpia.eu/Content/Default.asp?PageID=559&DocID=3484>
- European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA), EFPIA Code on the promotion of prescription-only medicines to, and interac-



tions with, healthcare professionals (5.10.2007): <http://www.efpia.eu/content/default.asp?PageID=559&DocID=3483>.

- American Medical Association (AMA). Code of medical ethics. Opinion 8.061. Gift to physicians from industry (1990; última actualización junio 1998): <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion8061.shtml>.
- American Medical Association (AMA). Code of medical ethics. Opinion 10.017. Gift from patients (diciembre de 2003): <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion10017.shtml>
- American Medical Association (AMA). Code of medical ethics. Opinion 806. Prescribing and Dispensing Drugs and Devices (1986): <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion806.shtml>
- American Medical Association (AMA). Code of medical ethics. Opinion 4.04- Economic Incentives and Levels of Care (2002): <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion404.shtml>
- American Medical Association (AMA). Council on Ethical and Judicial Affairs (CEJA) Reports: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/our-people/ama-councils/council-ethical-judicial-affairs/ceja-reports.shtml>
- The International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations (IFPMA). Code of Marketing Practices: <http://www.ifpma.org/ethicalpromotion>
- The International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations (IFPMA). Enlaces a Códigos nacionales: <http://www.ifpma.org/index.php?id=2571>
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Criterios éticos para la promoción de medicamentos, 1988: <http://apps.who.int/medicinedocs/collect/medicinedocs/pdf/whozipogs/whozipogs.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Guía de la buena prescripción. Manual práctico, 1998. <http://apps.who.int/medicinedocs/collect/medicinedocs/pdf/h2991s/h2991s.pdf>
- Consejo de Organizaciones internacionales de las ciencias médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), Pautas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos (2002): http://www.cioms.ch/frame_spanish_text.htm

3. ORGANISMOS Y COMISIONES DE BIOÉTICA

- American Society for Bioethics and Humanities. Callousness, legalism and clinical moral perception: <http://www.asbh.org/publications/pdfs/revwin.pdf>

- International Bioethics Committee (IBC): http://portal.unesco.org/shs/en/ev.php-URL_ID=1879&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
- International Bioethics Committee (IBC). Funcionamiento de los comités de bioética: procedimientos y políticas: http://portal.unesco.org/shs/es/files/8767/11446800301guide2_SP.pdf/guide2_SP.pdf
- Forum of National Ethics Councils (NEC Forum). Tiene vínculos a los comités de ética nacionales: <http://ec.europa.eu/research/science-society/index.cfm?fuse-action=public.topic&id=75>
- European Conference of National Ethics Committees (COMETH): http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/cometh/default_en.asp
- The European Association of Centres of Medical Ethics (EACME): <http://www.eac-meweb.com/>

Alemania

- Deutscher Ethikrat/German National Ethics Council: http://www.ethikrat.org/_english/index.html

Austria

- The Federal Chancellery: <http://www.bundeskanzleramt.at/DesktopDefault.aspx?TabID=3455&Alias=BKA>

Bélgica

- The Belgian Advisory Committee on Bioethics: https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,512676&_dad=portal&_schema=PORTAL

Canadá

- Commission de l'éthique de la science et de la technologie: <http://www.ethique.gouv.qc.ca/>
- Canadian Bioethics Society: <http://www.bioethics.ca/>

EE.UU.

- The President's Council on Bioethics: <http://www.bioethics.gov/>
- The American Society of Law, Medicine & Ethics (previa suscripción): <http://www.aslme.org/>
- American Society for Bioethics and Humanities <http://www.asbh.org/>

España

- Asociación de Bioética Fundamental y Clínica <http://www.asociacionbioetica.com/BIOETICA/Portada.php>



Finlandia

- The National Advisory Board on Health Care Ethics: <http://www.etene.org/e/index.shtml>
- National Advisory Board on Research Ethics <http://www.tenk.fi/>

Francia

- Le Comité Consultatif National d'Ethique <http://www.ccne-ethique.fr/>
- Le Comité d'éthique pour les sciences (COMETS): <http://www2.cnrs.fr/band/256.htm>
- Le Comité d'éthique du CNRS: <http://www.cnrs.fr/fr/organisme/ethique.htm>
- l'Espace éthique AP-HP: <http://www.espace-ethique.org/>

Holanda

- Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek (NVBe): <http://www.nvbe.nl/>
- The Health Council of the Netherlands: <http://www.gezondheidsraad.nl/en>

Irlanda

- The Irish Council for Bioethics: <http://www.bioethics.ie/>

Italia

- Comitato Nazionale per la Bioetica: <http://www.palazzochigi.it/bioetica/>
- Commissione de Bioetica: <http://www.ordinemedicitn.org/bioetica/index.htm>

Luxemburgo

- Commission consultative nationale d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé: <http://www.cne.public.lu/commission/statut/index.html>

Portugal

- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida: <http://www.cnecv.gov.pt/cnecv/pt/>

Reino Unido

- Nuffield Council on Bioethics: <http://www.nuffieldbioethics.org>

Suiza

- Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin: <http://www.bag.admin.ch/nek-cne/>

4. COLEGIOS PROFESIONALES

4.1. Colegios de Médicos

- Asociación Médica Mundial. Enlaces a los Colegios de Médicos nacionales: <http://www.wma.net/e/members/list.htm>

Alemania

- Bundesärztekammer/German Medical Association: <http://www.bundesaerztekammer.de/>

Canadá

- Canadian Medical Association (CMA). Ethics and Professionalism at the CMA: http://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/3262/la_id/1.htm
- CMA: Código ético: <http://policybase.cma.ca/PolicyPDF/PDo4-o6.pdf>

España

- Organización médica colegial (OMC): <http://www.cgcom.org/>

Francia

- Association médicale Francaise: <http://www.chu-rouen.fr/ssf/admin/associationmedicale.html>
- Haute Autorité de Santé: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/accueil
- Otros documentos de interés:
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_605738/epp-infos-n-20-references
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_611745/references
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_801543/references
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_632641/revue-de-presse
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_611740/epp-infos-n-21-janvier-2008
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_605340/epp-infos-n-20-decembre-2007

Italia

- Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici: <http://www2.fnomceo.it/PortaleFnomceo/home.2puntOT>
- Código de deontología y otros documentos: <http://www2.fnomceo.it/PortaleFnomceo/showVoceMenu.2puntOT?id=5>



Suiza

- Fédération des Médecins Suisses: <http://www.fmh.ch/index.html>
- Anexos del código deontológico:
http://www.fmh.ch/files/pdf1/anhang_4_2008_f.pdf
http://www.fmh.ch/files/pdf1/anhang_5_neu_0108_frz.pdf
http://www.fmh.ch/files/pdf1/recommandations_salariales_valais__2009.pdf

4.2. Colegios de Enfermería

- Código Ético y Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras: <http://www.icn.ch/icncodesp.pdf>
- International Council of Nurses. Enlaces a los Colegios de Enfermería nacionales: <http://www.icn.ch/addresslist.htm>

Alemania

- Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe: <http://www.dbfk.de/>

Austria

- Código de ética: <http://www.oegkv.at/index.php?id=837&L=0>

Canadá

- Canadian nurses association. Código de ética: http://www.cna-aiic.ca/CNA/practice/ethics/code/default_e.aspx

España

- Código deontológico de la enfermería española

Francia

- Association Nationale Française des Infirmières et Infirmiers Diplômés et Etudiants (ANFIIDE): <http://www.anfiide.com/>
- Código deontológico: <http://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/documentation/code-de-deontologie-des-infirmieres-francaises.html>

Holanda

- Beroepsorganisatie van de verpleging en verzorging: <http://www.nu91-leden.nl/nu91.asp?grp=15>

Italia

- Consociazione Nazionale delle Associazioni Infermiere: <http://www.cnai.info/>

Portugal

- Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Regulamento do Exercício do Direito à Objecção de Consciência: <http://www.ordenfermeiros.pt/index.php?page=155>

5. OTROS ENLACES DE INTERÉS

- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. <http://www.age-med.es/>
- Agencia Europea de Medicamentos (EMA). http://europa.eu/agencies/community_agencies/emea/index_es.htm
- Asociación de Economía de la Salud. <http://www.aes.es/index.php>
- Asociación Española de Cardiología. Medicina. <http://www.secardiologia.es/quienes-somos/valores.html>
- Enfermería: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/comite/etica.htm>
- Farmaindustria: http://www.farmaindustria.es/Farma_Public/index.htm
- Federación Europea de Industrias y Asociaciones Farmacéuticas (EFPIA): <http://www.efpia.org/Content/Default.asp?>
- Organización Mundial de la Salud (OMS): <http://www.who.int/es/index.html>
- Organización Nacional de Trasplantes (ONT). http://www.ont.es/Home?id_nodo=124
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. <http://www.semfyec.es/es/www.nogracias.eu>
- www.nofreelunch.org

6. BIBLIOGRAFÍA

1. La Ética en la relación con la Industria Farmacéutica. Encuesta de opinión a Médicos de Familia en Cataluña. *Aten Primaria* 2004; 34 (1): 6-12.
2. Are specialist nurses in wound care corrupt? *Br J Nurs* 2006; 15 (22): 1210-1.
3. Abelson R. Charities tied to doctors get drug industry gifts. *NY Times (Print)* 2006; A1, C4.
4. Almirall N. The ethics of engagement with the pharmaceutical industry. *Mich Med* 2006; 105 (1): 10-2.
5. Altisent R. Algo se está moviendo. *Atención Primaria* 2004; 34 (1): 13-4.
6. Álvarez Baza MC. Motivación laboral en un servicio de urgencias hospitalario. *Enfermería Clínica* 2003; 13 (1): 16-25.
7. Álvarez Pasquín M, Gómez Marco J. La incentivación económica ¿mejora los resultados? *FMC. Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 2002; 9 (3): 143-4.



8. Amdur RJ. Prohibiting gifts from industry representatives: a case study. *Am J Clin Oncol* 2009; 32 (1): 94-8.
9. Ashmore R, Carver N, Banks D. Mental health nursing students' relationships with the pharmaceutical industry. *Nurse Educ Today* 2007; 27 (6): 551-60.
10. Ball DR, Kamel Y, Perkins V. Reframing relations with Pharma. *Entanglement in Scotland*. *BMJ* 2009; 338: b763.
11. Beatty Y. Gifts from pharmaceutical reps: exercise caution. *Tenn Med* 2005; 98 (1): 33-4.
12. Bell H. Thanks, but no thanks. *Minn Med* 2008; 91 (4): 26-30.
13. Berger JT. Pharmaceutical industry influences on physician prescribing: gifts, quasi-gifts, and patient-directed gifts. *Am J Bioeth* 2003; 3 (3): 56-7.
14. Blumenthal D. Doctors and drug companies. *N Engl J Med* 2004; 351 (18): 1885-90.
15. Borrell Carrió F, Gené Badía J. La Atención Primaria española en los albores del siglo XXI. *Gestión clínica y sanitaria*, Volumen 10, número 1, Primavera de 2008.
16. Brand R. Marketing drugs: debating the real cost. Concern about close ties between doctors and pharmaceutical firms are prompting new financial disclosure laws and education efforts. *State Legis* 2008; 34 (8): 26-9.
17. Brennan TA, Rothman DJ, Blank L, Blumenthal D, Chimonas SC, Cohen JJ, et al. Health industry practices that create conflicts of interest: a policy proposal for academic medical centers. *JAMA* 2006; 295 (4): 429-33.
18. Brooks JR. Pens, mugs, clocks, notepads and other handouts. *CMAJ* 2008; 179 (1): 28-9.
19. Burton B. Drug industry loses bid to block disclosure of doctors' gifts. *BMJ* 2007; 335 (7609): 12-3.
20. Burton B. Drug industry weakens US bill about disclosure of gifts. *BMJ* 2008; 336 (7656): 1268.
21. Caamaño Isorna F, Álvarez Gil R. Indicadores de calidad de la prescripción en dosis diarias definidas. ¿Lo estamos haciendo bien? *Gaceta Sanitaria* 2008; 22 (5): 498-9.
22. Campbell EG, Gruen RL, Mountford J, Miller LG, Cleary PD, Blumenthal D. A national survey of physician-industry relationships. *N Engl J Med* 2007; 356 (17): 1742-50.
23. Campbell WA. The high cost of free lunch. *Obstet Gynecol* 2007; 110 (4): 931-2.
24. Caplan BJ. Let spouses eat, too. *Tex Med* 2004; 100 (2): 7.
25. Chimonas S, Rothman DJ. New federal guidelines for physician-pharmaceutical industry relations: the politics of policy formation. *Health Aff (Millwood)* 2005; 24 (4): 949-60.
26. Chimonas S, Kassirer JP. No more free drug samples? *PLoS Med* 2009; 6 (5): e1000074.

27. Crigger N, Barnes K, Junko A, Rahal S, Sheek C. Nurse practitioners' perceptions and participation in pharmaceutical marketing. *J Adv Nurs* 2009; 65 (3): 525-33.
28. Crigger NJ. Pharmaceutical promotions and conflict of interest in nurse practitioner's decision making: the undiscovered country. *J Am Acad Nurse Pract* 2005; 17 (6): 207-12.
29. Damle A. Reframing relations with Pharma. Build rather than burn bridges. *BMJ* 2009; 338: b765.
30. Davar M. Whose pen is being used to write your prescriptions? Nominal gifts, conflicts of interest, and continuing medical education. *J Leg Med* 2008; 29 (2): 199-217.
31. Day M. Industry association suspends drug company for entertaining doctors. *BMJ* 2006; 332 (7538): 381.
32. DeMaria AN. Your soul for a pen? *J Am Coll Cardiol* 2007; 49 (11): 1220-2.
33. Díaz Ojeda E, Navarro P, Prados S. Sistema Nacional de Salud: la retribución variable. *Rev Adm Sanit.* 2005; 3: 205-35.
34. Dresser R. Pharmaceutical company gifts: from voluntary standards to legal demands..
35. Edmunds M. Confusing ethical guidelines dampen pharmaceutical support. *Nurse Pract* 2004; 29 (8): 16.
36. Eisman M. Medical student exposure to drug company interactions. *JAMA* 2006; 295 (3): 281-2.
37. Erlen JA. Conflict of interest: nurses at risk! *Orthop Nurs* 2008; 27 (2): 135-9.
38. Fleetcroft R, Cookson R. Do the incentive payment in the new NHS contract for primary care reflect likely population health gain? *J Health Serv Res Policy* 2006; 11: 27-34.
39. Friedman JH. Biased articles. *Med Health R I* 2009;92 (3): 70.
40. Frohlich EP. The high cost of free lunch. *Obstet Gynecol* 2007;110 (4): 931-3.
41. García Quintáns A, Machín Fernández A, Puime Montero P. Mejora de los servicios de Atención Primaria a través de la estandarización de objetivos, documentación, evaluación e incentivos. *Cuadernos de Gestión* 2002; 8 (4): 179-91.
42. Gené Badía J, Escaramis Babiano G, Sans Corrales M, Sampietro Colom I, Aguado Menguy F, Cabezas Peña C, et al. Impact of economic incentives on quality of professional life and on enduser satisfaction in primary care. *Healthy Policy* 2007; 08 (1): 2-10.
43. Geppert CM. Medical education and the pharmaceutical industry: a review of ethical guidelines and their implications for psychiatric training. *Acad Psychiatry* 2007; 31 (1): 32-9.



44. Gérvas J. Morir en casa con dignidad. Acta sanitaria, 1 diciembre 2007. En: http://www.actasanitaria.com:80/actasanitaria/frontend/desarrollo_noticia.jsp?idCanal=10&idContenido=5901
45. Gérvas J, Pérez Fernández M. La historia clínica electrónica en Atención Primaria. Fundamento clínico, teórico y práctico. Revista Semergen 2000; 26: 17-32.
46. Gérvas J, Pérez Fernández M. La necesaria Atención Primaria en España. Gestión clínica y sanitaria, Volumen 10, número 1, Primavera de 2008.
47. Gérvas J, Pérez Fernández M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. Gac Sanit 2006; 20 (supl 3): 66-71.
48. Gérvas J, Ortún V, Palomo L, Ripoll MA, Seminario de Innovación en Atención Primaria 2007. Incentivos en Atención Primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. Rev Esp Salud Pública 2007; 81: 589-96.
49. Gheseger J. Taking issue with "Let's do lunch". Can Nurse 2008; 104 (6): 5.
50. Gosfield AG. The hidden costs of free lunches: fraud and abuse in physician-pharmaceutical arrangements. J Med Pract Manage 2005; 20 (5): 253-8.
51. Grant DC, Iserson KV. Who's buying lunch: are gifts to surgeons from industry bad for patients? Thorac Surg Clin 2005; 15 (4): 533-42.
52. Greenland P. Time for the medical profession to act: new policies needed now on interactions between pharmaceutical companies and physicians. Arch Intern Med 2009; 169 (9): 829-31.
53. Hagen B, Pijl-Zieber EM, Souveny K, Lacroix A. Lets Do Lunch? The ethics of accepting gifts from the pharmaceutical industry. Can Nurse 2008; 104 (4): 30-5.
54. Harris G. Drug makers are still giving gifts to doctors, F.D.A. officials tell senators. NY Times (Print) 2005; A15.
55. Harris G. In article, doctors back ban on drug companies' gifts; concerns cited on quality of patient care. NY Times (Print) 2006; A14.
56. Higgins SP. Drug representatives: giving you lunch or stealing your soul? Dermatol Online J 2007; 13 (4): 5.
57. Hill KP. Free lunch? Am J Psychiatry 2006; 163 (4): 569-70.
58. Holm RP. A quiz on "the ethics of accepting gifts from industry". S D Med 2007; 60 (3): 117-8.
59. Huddle TS. Drug reps and the academic medical center: a case for management rather than prohibition. Perspect Biol Med 2008; 51 (2): 251-60.
60. Humphries RF. Industry gifting should end. Am J Crit Care 2007; 16 (4): 332.
61. Hyman PL, Hochman ME, Shaw JG, Steinman MA. Attitudes of preclinical and clinical medical students toward interactions with the pharmaceutical industry. Acad Med 2007; 82 (1): 94-9.

62. Iglesias Clemente J. La carrera profesional en el marco de un sistema de incentivos. Siete años después: los riesgos de un modelo burocrático. *Atención Primaria* 2004; 34 (5): 219-21.
63. Iseron KV, Cerfolio RJ, Sade RM. Politely refuse the pen and note pad: gifts from industry to physicians harm patients. *Ann Thorac Surg* 2007; 84 (4): 1077-84.
64. Jara M. Spanish doctors say “no thank you” to drug industry gifts. *BMJ* 2008; 337: a1579.
65. Jastifer J, Roberts S. Patients’ awareness of and attitudes toward gifts from pharmaceutical companies to physicians. *Int J Health Serv* 2009; 39 (2): 405-14.
66. Jenny-Avital ER. Doctors and drug companies. *N Engl J Med* 2005; 352 (7): 733-4.
67. Jutel A, Menkes DB. “But doctors do it...”: nurses’ views of gifts and information from the pharmaceutical industry. *Ann Pharmacother* 2009; 43 (6): 1057-63.
68. Kamerow D. No gifts, please, we’re doctors. *BMJ* 2009; 338: b1835.
69. Kassirer JP. When physician-industry interactions go awry. *J Pediatr* 2006; 149 (1 Suppl): S43-6.
70. Kohr R. Taking issue with “Let’s do lunch”. *Can Nurse* 2008; 104 (6): 5-6.
71. Kondro W. Pharma giants to create databases on gifts to physicians. *CMAJ* 2008; 179 (11): 1118.
72. Krumholz HM, Ross JS. Relationships with the drug industry: More regulation, greater transparency. *BMJ* 2009; 338: b211.
73. Lambert LA. Doctors and drug companies. *N Engl J Med* 2005; 352 (7): 733-4.
74. Lee K. Has the hunt for conflicts of interest gone too far? No. *BMJ* 2008; 336 (7642): 477.
75. Loncarek K. How to say “thanks” in Phoenician. *Croat Med J* 2008; 49 (3): 441-3.
76. Mahowald MW, Cramer Bornemann MA. What? Influenced by industry? Not me! *Sleep Med* 2005; 6 (5): 389-90.
77. Mansfield PR. The illusion of invulnerability. *BMJ* 2007; 334 (7602): 1020.
78. Marco CA, Moskop JC, Solomon RC, Geiderman JM, Larkin GL. Gifts to physicians from the pharmaceutical industry: an ethical analysis. *Ann Emerg Med* 2006; 48 (5): 513-21.
79. Martín JJ. Motivación, incentivos y retribuciones de los médicos de Atención Primaria en el Sistema Nacional de Salud. *Rev Adm Sanit* 2005; 3: 111-30.
80. McCall J. Taking issue with “Let’s do lunch”. *Can Nurse* 2008; 104 (6): 5.
81. McFadden DW, Calvario E, Graves C. The devil is in the details: the pharmaceutical industry’s use of gifts to physicians as marketing strategy. *J Surg Res* 2007; 140 (1): 1-5.



82. McNeill PM, Kerridge IH, Henry DA, Stokes B, Hill SR, Newby D, et al. Giving and receiving of gifts between pharmaceutical companies and medical specialists in Australia. *Intern Med J* 2006; 36 (9): 571-8.
83. Meador KJ. Academic medical centers and conflicts of interest. *JAMA* 2006; 295 (24): 2845-9.
84. Mehta RS. Why self-regulation does not work: resolving prescription corruption caused by excessive gift-giving by pharmaceutical manufacturers. *Food Drug Law J* 2008; 63 (4): 799-821.
85. Meyouhas V. Taking issue with "Let's do lunch". *Can Nurse* 2008; 104 (6): 5.
86. Millán Núñez-Cortés J, Llano Señarís JD, Muñoz Bravo J. Médicos, incentivos y desarrollo profesional. *Gestión Hospitalaria* 2003; 14 (2): 63-8.
87. Miller JD. Study affirms PhRMA's influence on physicians. *J Natl Cancer Inst* 2007; 99 (15): 1148-50.
88. Moghimi Y. The "PharmFree" campaign: educating medical students about industry influence. *PLoS Med* 2006; 3 (1): e30.
89. Mohapatra PR. Interaction between medical practitioners & pharmaceutical industry. *Indian J Med Res* 2008; 127 (1): 93.
90. Morlans M, Borrell F, Teres J, et al. Ética de la política dels incentius als metges. II Congrés de la Professi6 Mèdica de Catalunya Tarragona, 6 de Juny de 2008 http://docs.google.com/View?id=dg7zc7dc_108fskqjdjdv
91. Nakayama DK, Bozeman AP. Industry support of graduate medical education in surgery. *Am Surg* 2009; 75 (5): 395-400.
92. Olsen DP. Nurses and the pharmaceutical industry: part 2. *Am J Nurs* 2009; 109 (2): 86-7.
93. Opar A. Medical students protest perks from drug companies. *Nat Med* 2006; 12 (10): 1104.
94. Ortún Rubio V, González López-Valcarcel B, Barber PP. Determinants of physician compensation. *Med Clin (Barc)* 2008; 131 (5): 180-3.
95. Ortún Rubio V. Los incentivos para la mejora de la calidad en los servicios de salud. *Revista de Calidad Asistencial* 2007; 22 (1): 1-6.
96. Peiró S, Bernal-Delgado E. ¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud? *Gaceta Sanitaria* 2006; 20 (Supl. 1): 110.
97. Piascik P, Bernard D, Madhavan S, Sorensen TD, Stoner SC, TenHoeve T. Gifts and corporate influence in doctor of pharmacy education. *Am J Pharm Educ* 2007; 71 (4): 68.
98. Pinto SL, Lipowski E, Segal R, Kimberlin C, Algina J. Physicians' intent to comply with the American Medical Association's guidelines on gifts from the pharmaceutical industry. *J Med Ethics* 2007; 33 (6): 313-9.

99. Plataforma 10 minutos – Cataluña. Complement retributiu variable de l' Institut Català de la Salut. – Any 2007) Document presentat per la plataforma 10 minuts de Catalunya a les Comissions Deontològiques Colegials. Barcelona, 2007. Accesible en <http://www.camfic.org/arxius/10minuts.html>
100. Plaza G. Motivación y política de incentivos para médicos dedicados a la atención hospitalaria del Sistema Nacional de Salud: opinión de un grupo de expertos. *Revista de Calidad Asistencial* 2001; 16 (8): 739-44.
101. Pollack A. Stanford to ban drug makers' gifts to doctors, even pens. *NY Times (Print)* 2006; C2.
102. Pollack EB. Drug company--physician communication challenged. *Conn Med* 2007; 71 (5): 294-5.
103. Prados Torres A, Arnal Soriano JA, Barrasa Villar JI, Callén Sevilla L, García Montero JI, Moliner Lahoz FJ, et al. Validación de un instrumento para evaluar el funcionamiento y repartir incentivos entre los servicios de un hospital. *Gestión Hospitalaria* 2002; 13 (4): 131-42.
104. Prieto Orzanco A, Planes Magriñà A, Vázquez Díaz JR. Ética y estética de los sistemas de incentivos económicos directos: encrucijadas entre la eficiencia y la equidad en la práctica clínica. *Atención Primaria* 2000; 26 (4): 201-2.
105. Psaty BM. Conflict of interest, disclosure, and trial reports. *JAMA* 2009; 301 (14): 1477-9.
106. Randall DA. The high cost of free lunch. *Obstet Gynecol* 2007; 110 (4): 932-3.
107. Relman AS. Industry support of medical education. *JAMA* 2008; 300 (9): 1071-3.
108. Restuccia R, Rothman DJ, Chimonas S, Hams M. Physicians are not immune to marketing. *J Am Coll Cardiol* 2007; 50 (16): 1615-6.
109. Robeznieks A. Crackdown urged on doc gifts. *Mod Healthc* 2008; 38 (18): 20.
110. Romano M. Fighting graft--it's academic. Medical centers must embrace conflict rules: critics. *Mod Healthc* 2006; 36 (5): 8-10.
111. Ross JS, Lackner JE, Lurie P, Gross CP, Wolfe S, Krumholz HM. Pharmaceutical company payments to physicians: early experiences with disclosure laws in Vermont and Minnesota. *JAMA* 2007; 297 (11): 1216-23.
112. Ross JS, Nazem AG, Lurie P, Lackner JE, Krumholz HM. Updated estimates of pharmaceutical company payments to physicians in Vermont. *JAMA* 2008; 300 (17): 1998-2000.
113. Rothman DJ, Chimonas S. New developments in managing physician-industry relationships. *JAMA* 2008; 300 (9): 1067-9.
114. Rubin EB, Bernat JL. Resident and fellow section. Conflicts of interest between physicians and the pharmaceutical industry: focus on headache medicine. *Headache* 2008; 48 (10): 1545-9.



115. Sade RM. A national survey of physician-industry relationships. *N Engl J Med* 2007; 357 (5): 507.
116. Schetky DH. Conflicts of interest between physicians and the pharmaceutical industry and special interest groups. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2008; 17 (1): 113-x.
117. Schneider JA, Arora V, Kasza K, Van HR, Humphrey H. Residents' perceptions over time of pharmaceutical industry interactions and gifts and the effect of an educational intervention. *Acad Med* 2006; 81 (7): 595-602.
118. Schwartz B. Receiving gifts: a conflict of interest discussion. *J Can Dent Assoc* 2005; 71 (8): 561-2.
119. Scott IA. On the need for probity when physicians interact with industry. *Intern Med J* 2006; 36 (4): 265-9.
120. Sierles FS, Brodkey AC, Cleary LM, McCurdy FA, Mintz M, Frank J, et al. Medical students' exposure to and attitudes about drug company interactions: a national survey. *JAMA* 2005; 294 (9): 1034-42.
121. Simó J, Campos JC, Sanfèliz J. Carrera profesional y medicos de familia: reflexiones propuesta. *Aten Primaria* 2002; 29: 172-7.
122. Smoyak SA. How much? Who pays? Who benefits? A look at ethics in mental health. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2008; 46 (7): 8-9.
123. Standridge JB. Of doctor conventions and drug companies. *Fam Med* 2006; 38 (7): 518-20.
124. Steinbrook R. Election 2. *N Engl J Med* 2007; 357 (8): 736-9.
125. Steinbrook R. Physician-industry relations--will fewer gifts make a difference? *N Engl J Med* 2009; 360 (6): 557-9.
126. Stiles MM, Barrett B. Medicine and the pharmaceutical industry: a call to action. *Am Fam Physician* 2007; 75 (10): 1447-51.
127. Stoschek J. Bonus-penalty regulation. What is coming for us? *MMW Fortschr Med* 2006; 148 (44): 56-7.
128. Studdert DM, Mello MM, Brennan TA. Financial conflicts of interest in physicians' relationships with the pharmaceutical industry--self-regulation in the shadow of federal prosecution. *N Engl J Med* 2004; 351 (18): 1891-900.
129. Tanne JH. US campaign aims to end industry gifts, speaking fees, and travel for doctors. *BMJ* 2007; 334 (7590): 385.
130. Tevès J, Salmerón JM, Blanco JA, Calver C, Morlans M. La direcció per objectius incentivats. Un dilema deontològic? *Annals Med.* 2007; 90: 37. http://webs.academica.cat/pages/academ/vidaacad/publica/annals/annals_w.htm
131. Thompson CA. Madison hospitals say no to food, gifts, trinkets. *Am J Health Syst Pharm* 2006; 63 (24): 2438-41.

132. Thrall TH. Management. Goodbye to gifts. *Hosp Health Netw* 2006; 80 (4): 32.
133. Ting JY. Academic medical centers and conflicts of interest. *JAMA* 2006; 295 (24): 2846-9.
134. Turton FE, Snyder L. Physician-industry relations. *Ann Intern Med* 2007; 146 (6): 469.
135. Van WC, III. The new relationship between physicians & industry. *Mo Med* 2007; 104 (5): 375-7.
136. Vojcik M. We are told to refuse gifts from patients yet we accept them from drug companies'. *Nurs Times* 2008; 104 (42): 12.
137. Wall LL, Brown D. The high cost of free lunch. *Obstet Gynecol* 2007; 110 (1): 169-73.
138. Warriar R, Houghton B. Doctors and the drug industry: reader feedback. *Am J Med* 2005; 118 (10): 1175-6.
139. Watson PY, Khandelwal AK, Musial JL, Buckley JD. Resident and faculty perceptions of conflict of interest in medical education. *J Gen Intern Med* 2005; 20 (4): 357-9.
140. Watson PY, Musial JL, Khandewal AK, Buckley JD. Academic medical centers and conflicts of interest. *JAMA* 2006; 295 (24): 2847-8.
141. Williams R. A better Code of Conduct. *Can Fam Physician* 2005; 51: 708-9.
142. Williams R. Taking issue with "Let's do lunch". *Can Nurse* 2008; 104 (6): 4.
143. Wilson A. Giving and receiving of gifts between pharmaceutical and medical specialists in Australia. *Intern Med J* 2006; 36 (12): 795-6.
144. Wofford JL, Ohl CA. Teaching appropriate interactions with pharmaceutical company representatives: the impact of an innovative workshop on student attitudes. *BMC Med Educ* 2005; 5 (1): 5.
145. Woodruff T. The Royal Australasian College of Physicians and the pharmaceutical industry. *Intern Med J* 2007; 37 (3): 212.

