

COLECCIÓN DE BIOÉTICA

# La relación médico-paciente

Joaquín Martínez Montauti



Organització  
de les Nacions Unides  
per a l'Educació,  
la Ciència i la Cultura



Càtedra UNESCO de Bioètica  
de la Universitat de Barcelona



Observatori de  
**Bioètica i Dret**  
Universitat de Barcelona

# Sumario

<b>PRÓLOGO</b> , por Octavi Quintana Trias .....	9
<b>1. LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE</b> .....	<b>11</b>
1.1. Los resultados .....	13
1.2. Las presiones .....	14
<b>2. LAS PRESIONES SOBRE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE</b> .....	<b>15</b>
2.1. La presión económica .....	20
2.1.1. La retribución de los médicos .....	20
2.1.1.1. Honorarios .....	22
2.1.1.2. Salario, capitación, pago por acto y formas de pago mixtas .....	23
2.1.1.3. La carrera profesional .....	30
2.1.1.4. Los incentivos .....	32
2.1.1.4.1. Los complementos de retribución variable .....	42
2.1.1.4.2. Ejemplos de distintos países .....	44
2.1.1.4.2.1. Consulta de la Plataforma 10 minuts a la Comisión Deontológica del COMB y respuesta .....	44
2.1.1.4.2.2. Ejemplo del Reino Unido: Quality and Outcomes Framework .....	50
2.1.1.4.2.3. La experiencia de los Países Bajos .....	55
2.1.1.4.2.4. El ejemplo de Estados Unidos .....	60
2.1.1.4.3. La experiencia de los pacientes y los incentivos .....	66
2.1.1.4.4. La eliminación de los incentivos .....	68
2.1.1.4.5. Aspectos positivos de los incentivos .....	70
2.1.1.4.6. Aspectos negativos de los incentivos .....	72
2.2. Otras formas de presión directa .....	80
2.2.1. Proveedores sanitarios externos .....	80
2.2.2. La comercialización de los datos de la prescripción .....	81
2.2.2.1. Los perfiles de prescripción de los médicos .....	81
2.2.2.2. El informe de la California Healthcare Foundation .....	83
2.2.2.3. Otros informes sobre la confidencialidad .....	84
2.2.3. La publicidad dirigida a los médicos .....	86

2.2.4. Los códigos de buenas prácticas y los registros de las aportaciones económicas.....	90
2.2.5. La presión sobre los médicos a través de otras profesiones asistenciales y de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.....	98
2.2.6. Los regalos a los médicos por parte de la industria farmacéutica.....	108
2.2.7. La actualización de conocimientos.....	118
2.3. <b>La presión indirecta sobre el médico</b> .....	<b>119</b>
2.3.1. La publicidad y la información dirigidas al consumidor (PDaC e IDaC) .....	119
2.3.2. Información y publicidad .....	127
2.3.3. Una publicación de expertos en marketing.....	129
2.3.4. Publicaciones de organismos gubernamentales.....	131
2.3.5. Publicaciones de profesionales académicos sanitarios y no sanitarios .....	134
2.3.6. La publicidad dirigida a una enfermedad: las personas con hemofilia .....	138
2.3.7. Una campaña publicitaria: información dirigida al consumidor .....	139
2.3.8. Las asociaciones de pacientes .....	150
<b>3. LOS CONFLICTOS DE INTERÉS</b> .....	<b>153</b>
<b>4. CONSIDERACIONES FINALES</b> .....	<b>163</b>

# Prólogo

La relación médico-paciente (RMP) es la base de la tarea asistencial. En ella se asientan todas las acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes. No puedo imaginar ninguna otra relación profesional tan compleja y con tantas consideraciones morales por añadidura. La RMP ha cambiado radicalmente en las últimas décadas y lo ha hecho, como sucede en todo cambio cultural profundo, con resistencias considerables y avances desiguales en distintas sociedades y en diferentes individuos y profesionales.

Este libro aborda esta relación desde un punto de vista original y con profundas implicaciones en una atención centrada en el paciente y no en el profesional, el objetivo de la nueva RMP. Asimismo, examina las presiones externas que reciben profesionales y pacientes, su impacto en la relación que se establece entre ellos y también las consecuencias morales de dichas presiones.

Los modos de retribución de los profesionales se analizan con rigor, haciendo hincapié en lo que tienen de incentivo para cambiar la actuación del profesional en la dirección que propugna el que paga. La calificación de su impacto se lleva a cabo siempre desde la óptica del paciente en un sentido amplio, dado que este es también ciudadano y tiene un interés genuino en la gestión eficiente de los recursos.

Las tecnologías de la información y comunicación (TIC) han causado un gran impacto en la asistencia sanitaria, como en muchos otros sectores, aunque justo es señalar que han penetrado con mucha mayor dificultad en el de la salud y la sanidad que en otros sectores como el financiero o el de transportes. Sin duda, la RMP es un factor clave en esta relativa lentitud en la digitalización de la salud y la sanidad, ya que es difícil digitalizar la RMP y no hay algoritmo que de momento la sustituya, a pesar de ser el acto central en la toma de decisiones.

Las TIC poseen un gran potencial de mejorar la eficiencia de la sanidad tanto en los aspectos clínicos como en los organizativos y de gestión. Tienen un impacto considerable en la RMP, pero también límites que no se pueden forzar sin provocar un cambio disruptivo. En este libro el examen del impacto de las TIC no se limita a su peso en la asistencia o la organización, sino que llega al uso de los big data para fines que van más allá de los intereses del paciente. Llama, asimismo, la atención sobre la privacidad de los datos médicos, que

está regulada en muchos países y, en cambio, otros aspectos de la privacidad, igualmente sensibles y relevantes para los ciudadanos, están prácticamente desprotegidos. Tal es el caso, por ejemplo, del uso de datos obtenidos a partir de los móviles o de las redes sociales.

Un actor fundamental en la asistencia sanitaria es la industria, un sector muy dinámico que ha crecido y crece con rapidez, y que hace un considerable esfuerzo en investigación e innovación. El médico es el principal asignador de recursos en sanidad y por esa razón la industria lo identifica como interlocutor privilegiado. En este volumen la relación de la industria con el médico se trata extensamente, tanto por lo que se refiere a los aspectos más tangibles —regalos y remuneración— como a los más intangibles —formación y prestigio—. Resulta especialmente atractivo tratar el tema de la publicidad de medicamentos porque refleja lo que sucede con la información general en internet: pacientes informados pero a menudo de forma parcial y sesgada y que, al mismo tiempo, demandan lo que la publicidad les incita a pedir.

El abordaje del conflicto de interés subyace a lo largo de todo el libro de modo transversal. Este conflicto es el resultado de la interacción con el exterior y, como el autor señala, resulta inevitable. Por esa razón la recomendación es muy estricta. No basta con aflorarlo, con ser transparente, sino que incluso se debe evitar la mínima sospecha e impedir que un mismo actor tenga varias funciones. Es una propuesta controvertida que invita al debate.

En resumen, es una obra que aborda la RMP desde un punto de vista original, el de la presión de terceros, y que trata también de las consecuencias que esta presión tiene en la propia RMP entendida como una relación centrada en el paciente. El análisis de los intereses del paciente, en estas páginas, no se limita a la mejor asistencia, sino que incluye aspectos de eficiencia de los recursos, clave para favorecer la sostenibilidad del sistema sanitario. La bibliografía es casi toda médica, lo que es relevante porque no pierde nunca el punto de vista de la RMP. El carácter poliédrico de esta relación permite que se analice desde otros puntos de vista, como el de la industria, los reguladores o los gestores, algo que, como es natural, ofrece perspectivas distintas. Por esa razón me parece importante reivindicar el punto de vista de uno de los protagonistas de la RMP, el médico.

Joaquín Martínez Montauti es un profesional con más de cuatro décadas de experiencia, especialista en medicina interna y luego en enfermedades infecciosas, especialidades que necesitan una RMP muy profunda y, como él sostiene, continuada. Desde hace mucho tiempo se ha formado y trabajado en bioética, un campo del que este libro es un buen ejemplo.

## 1. LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

La enfermedad es una experiencia humana que genera sufrimiento moral, físico y social, y que se asocia a dolor, ansiedad, dependencia, discapacidad, indefensión, muerte o estigma social. Esas experiencias negativas relacionadas con la enfermedad han provocado que, desde hace mucho tiempo, la sociedad y los individuos se hayan organizado para atender a los enfermos y luchar contra la enfermedad, ya que es evidente que sus consecuencias personales son inseparables de las sociales. Al éxito de esta empresa han contribuido enormemente los avances de las ciencias relacionadas con la medicina, gracias a que han aportado un gran número de herramientas para atender las necesidades de los enfermos, si bien privilegiando unos campos de atención y de conocimiento, y unos grupos sociales sobre otros. Estas diferencias son manifiestas en la asistencia sanitaria, en la organización de los cuidados, en los presupuestos destinados a la atención y en la investigación.

Los ejemplos de esas desigualdades son fáciles de encontrar en la prensa diaria, en la científica y en internet. No es un secreto que el acceso y la atención sanitaria estén ligados a las condiciones socioeconómicas, culturales o educacionales. Ni que la morbilidad y la mortalidad sean distintas según la clase social, los recursos económicos del individuo, el código postal o el nivel de educación. Además, en algunas áreas de la medicina como las enfermedades mentales o las de transmisión sexual, la atención a los enfermos no solo está ligada a condicionantes sociales y económicos, sino que también interfiere en los prejuicios religiosos y culturales. El campo de la investigación tampoco está libre de desigualdades, ya que los recursos disponibles se distribuyen de manera que también experimentan un sesgo que favorece a las sociedades ricas y se desatienden enfermedades que afectan a gran parte de la población mundial, aunque sean altamente letales.

La unidad básica de atención al individuo enfermo es el encuentro entre el profesional sanitario y el paciente, y es ahí donde se crea una relación específica conocida como relación médico-paciente. La relación médico-paciente (en adelante, RMP) es una relación interpersonal con características que la hacen úni-

ca. De ellas, conviene destacar dos: una es que los actores —el médico y el paciente, y de otra manera, también los conocimientos de la medicina— no son iguales ni están en igualdad de condiciones, y otra es que la RMP produce resultados, que pueden ser clasificados en dos grupos: los tangibles y los intangibles. Para el médico<sup>1</sup> clínico, la RMP forma parte del ejercicio de su profesión; en cambio, para el paciente<sup>2</sup> tiene implicaciones singulares, físicas y emocionales, ya que se refiere al cuidado de su salud y, por lo tanto, de su bienestar y, en definitiva, de su persona. A la asimetría de la RMP también contribuye la vulnerabilidad asociada a la enfermedad, la capacidad del médico de asignar roles —el de enfermo, el de beneficiario de una prestación social, el de apto para poseer armas, etc.—, que es una fuente de poder para el profesional, y las consecuencias económicas del encuentro. Los resultados tangibles de la RMP son los que el paciente y la sociedad esperan, como, por ejemplo, el diagnóstico o el tratamiento, pero, al mismo tiempo, se producen resultados intangibles, que también son esperables, aunque no sean los que directamente se buscan. La RMP genera resultados intangibles, al mismo tiempo que descubre un diagnóstico o se prescribe un tratamiento; la experiencia del paciente y del médico o la satisfacción del paciente o de sus cuidadores son ejemplos de resultados intangibles, que van a contribuir al mantenimiento y al progreso de la RMP.

Así, la RMP debe ser vista como una forma especial de relación humana compleja y difícil de definir, ya que según quién sea el observador —el propio paciente, el médico, el gestor o el académico— destacarán aspectos distintos. Pero todos los observadores coinciden en que es importante, lo cual, evidentemente, obliga a preguntarse por qué. La respuesta engloba los múltiples aspectos de la RMP:

- 1) La RMP constituye el componente humano de la atención, es un elemento imprescindible de la asistencia sanitaria que permite, por un lado, acercarse al paciente y conocerlo, y, por otro, valorar el impacto de la enfermedad, entender la perspectiva vital de la persona enferma y sus expectativas, e instruirla en los cuidados que necesita.

<sup>1</sup> Con el fin de permitir una lectura más ágil, a lo largo de este libro se usa el género masculino con el valor que tiene para ambos géneros en español, sin ningún ánimo discriminatorio.

<sup>2</sup> En la bibliografía se emplean diferentes formas para nombrar a los individuos que acuden a los servicios sanitarios en busca de atención: paciente, enfermo, consumidor, persona, ciudadano, usuario, asegurado, cliente, tomador, superviviente. Cada uno de estos términos aporta una perspectiva de la persona que acude a los servicios sanitarios. Para simplificar, y sin querer entrar en la polémica de la denominación, a lo largo del documento, utilizaré, sobre todo, paciente y, a veces, específicamente, otro vocablo.

- 2) La RMP es un lugar donde se intercambia la información sobre la enfermedad, el pronóstico y el tratamiento, y donde se pone al descubierto la intimidad del paciente.
- 3) La RMP es un lugar de intercambio económico, donde, además de los honorarios profesionales, se prescriben medicamentos u otras terapias, dispositivos de uso médico o prestaciones sociales. Y, por lo tanto, es un lugar sometido a las diferentes presiones que provienen del juego de intereses económicos.
- 4) Como ya se ha dicho antes, la RMP puede ser definida como un proceso que genera dos tipos de resultados: los tangibles, como el diagnóstico y el tratamiento, y los intangibles, como la satisfacción o la experiencia del paciente. Estos resultados pueden ser contrastados, evaluados o medidos.
- 5) Los resultados definen la RMP de tal manera que algunas formas de RMP son mejores por diversas razones:
  - a) Se adaptan mejor a la realidad y consiguen una mayor salud de la población.
  - b) Generan mayor satisfacción en los usuarios de la sanidad.
  - c) Proporcionan al paciente un interlocutor de su confianza que actúa en su beneficio y le ayuda a mantener o lograr un mejor estado de salud.
  - d) Cuando esto no es posible, le ayuda a aliviar el sufrimiento.
- 6) En grados diferentes, los resultados son beneficiosos para el paciente, para el médico, para los conocimientos de la medicina y para la sociedad, en conjunto o por separado.

### 1.1. Los resultados

Los resultados de la RMP pueden ser analizados desde el punto de vista de los beneficios que aportan al individuo, al médico, a los conocimientos de la medicina o a la sociedad. Desde esta perspectiva se crean tres grupos de resultados: los que producen beneficios, los neutros y los que no generan beneficios o son claramente perjudiciales. A partir de estos grupos se pueden establecer jerarquías de beneficiarios, es decir, a quién benefician en primer lugar o con mayor intensidad, y a quién no benefician, o incluso perjudican. Al utilizar este razonamiento es necesario evitar los juicios de valor y, siempre que sea posible, se debe definir el beneficio en términos de salud o de acceso a los cuidados sanitarios.

Si se parte de una atención centrada en el paciente, parece lógico que un análisis de la RMP a partir de los beneficios debería tener al paciente como



primer beneficiario, seguido del resto de los actores de la RMP, el médico y los conocimientos de la medicina y de terceras personas o de la sociedad.

## 1.2. Las presiones

La realidad, sin embargo, es otra, ya que sobre la RMP se ejercen presiones a través del médico, del paciente o de los conocimientos de la medicina, que están dirigidas a conseguir que los resultados de la relación beneficien y respondan a los intereses de terceras personas, además, o por encima, de los intereses del paciente, del médico o de los conocimientos de la medicina.

La presión económica sobre la RMP es, probable y universalmente, la más frecuente, y adopta diferentes formas:

- 1) La financiación de la RMP (quién paga la visita del médico, el transporte hasta la consulta, las exploraciones complementarias que se prescriben o el tratamiento), que no solo tiene implicaciones económicas, sino que también condiciona sus resultados, es decir, influye en el diagnóstico, el tratamiento, la satisfacción o la experiencia del paciente y del médico, e incluso repercute en los conocimientos de la medicina y el ejercicio profesional.
- 2) Actualización de conocimientos y capacitación de los médicos: financiación de cursos de formación presenciales o en línea, asistencia a congresos, autoría de artículos científicos, etc.
- 3) La financiación de sociedades científicas y de reuniones de, y también con expertos.
- 4) La financiación de asociaciones de pacientes o de cuidadores.
- 5) La presión indirecta al médico a través del paciente o de otros profesionales sanitarios (enfermeras, comadronas, farmacéuticos, fisioterapeutas, etc.).

La publicidad se usa para ejercer una presión indirecta a través de la persuasión del receptor —ya sea el médico u otro profesional sanitario, el paciente, sus respectivos entornos o la sociedad— acerca de las bondades o de la necesidad de un producto concreto. El objetivo de la publicidad son los profesionales sanitarios que están facultados para prescribir medicamentos o dispositivos sanitarios, y también para aconsejar sobre dietas o sobre productos de parafarmacia; asimismo, son receptores de la publicidad los pacientes y las personas que están sanas, las asociaciones de pacientes y, en general, la sociedad. La publicidad dirigida a los pacientes adopta diferentes formas: una directa, que publica fármacos, pero que solo está autorizada en algunos países (EE. UU. y Nueva

Zelanda), y otra que incluye campañas informativas sobre síntomas —estreñimiento, diarrea, disfunción eréctil, onicomiosis, etc.— y las medicinas para tratarlos.

Las agencias reguladoras de medicamentos también sufren presiones para aceptar fármacos o desregular las indicaciones, avalar el uso fuera de la ficha técnica, e incluso para que se acepten como medicamentos sustancias de beneficio dudoso o que tratan alteraciones que no se sabe si son variantes de la normalidad.

Y, por último, existe un tipo de presión indirecta, mucho más sofisticada, que se ejerce para cambiar la percepción sobre un síntoma y convertirlo en una entidad nosológica y no en una de las expresiones de dicha entidad. Este tipo de presión suele usar como vehículo la publicidad dirigida a los pacientes o campañas informativas destinadas al público en general.

## **2. LAS PRESIONES SOBRE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE**

El análisis de las formas de presión descritas con anterioridad va a ocupar los capítulos siguientes. Las referencias que muestran la presión económica en la RMP con el objetivo de dirigir los resultados de acuerdo con la voluntad del financiador son numerosas en la bibliografía médica, que es la que se va a utilizar. Esta descripción es válida sobre todo en la medicina de familia, pero, en líneas generales, también lo es para describir las presiones a través de los honorarios de los médicos especialistas o de los que ejercen en los hospitales.

En general, se acepta la discrecionalidad profesional y se confía en la obligación ética de proporcionar el mejor servicio. No obstante, como la RMP no es una relación de resultados, sino de medios, y el resultado es incierto, no es este lo que se retribuye directamente. El cálculo de la retribución incluye distintos elementos, que, en general, son los que valora el gestor o el pagador, y, en cambio, se ignoran otros considerados relevantes por la profesión. Tal es el caso de la precisión diagnóstica (entendida como llegar al diagnóstico de forma directa, con la mayor economía de medios, es decir, usando en exclusiva las pruebas necesarias) y las decisiones terapéuticas (tratar la enfermedad siguiendo el orden que, con mayor probabilidad, la curará y evitará las secuelas, también con la mayor economía de medios). Para soslayar la variabilidad con el fin de llegar a un diagnóstico o a un tratamiento, se crean protocolos de actuación cuyo seguimiento se puede premiar con incentivos.

La elaboración de las retribuciones de los médicos ha evolucionado a lo largo de las últimas décadas. El número de factores que se usan para obtener la retribución no ha cesado de crecer, en parte, gracias a la aplicación de las nuevas tecnologías de gestión, que permiten análisis más complejos y detallados. Estos son los elementos que se suelen utilizar:

- 1) El número total de visitas realizadas: este dato siempre ha sido el más fácil de recabar, pero es muy impreciso, ya que solo da una idea del número global en un tiempo determinado, sin aclarar el contenido de la visita, por lo que dicho número se ha de analizar no solo desde el punto de vista cuantitativo, sino también cualitativo.
- 2) Criterios de calidad asistencial.<sup>3</sup> La comparación de la práctica profesional individual con la del resto de los profesionales de la misma organización e idéntica especialidad siempre que la casuística sea la misma, para evitar el sesgo de pacientes «fáciles» frente a pacientes «difíciles».
- 3) El seguimiento de las guías clínicas y protocolos, que son de interés para la institución, y que permiten estandarizar y homogeneizar la práctica asistencial y moderar la discrecionalidad. Los protocolos, como ya se ha comentado, deben ser establecidos por los propios profesionales siguiendo las indicaciones de la medicina basada en la evidencia.<sup>4</sup>

<sup>3</sup> Definición de la OMS: una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, protectoras y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa, y destina los recursos necesarios (humanos y de otros tipos) a estas necesidades de manera oportuna y tan efectiva como el resultado actual del conocimiento lo permite. Los seis objetivos de la calidad asistencial son: seguridad, efectividad, centrado en el paciente, oportunidad, eficiencia y equidad (calidad clínica, cuidados centrados en el paciente y eficiencia). La definición incluye aspectos de la asistencia sanitaria relacionados con la estructura (registro de enfermedades, tecnología de la información), procedimientos o resultados. Y tal vez también deba incorporar acceso y efectividad. Y algunos incorporan también utilidad. Existen tres ámbitos de medida de la calidad: poblacional (mortalidad, acceso, prevención); hospitalario (tasa de readmisiones, tiempos de espera, estándares mínimos de seguridad); individual (incluye la medicina basada en la evidencia, indicadores fisiológicos, mortalidad o resultados expresados por los pacientes): el tiempo dedicado a cada paciente o la adecuación a las peticiones de estos, entendiendo esta adecuación como la accesibilidad al médico (o disponibilidad desde la perspectiva del paciente) y la personalización de la RMP.

<sup>4</sup> La medicina basada en la evidencia es un enfoque de la práctica médica dirigido a optimizar la toma de decisiones, haciendo hincapié en el uso de pruebas científicas provenientes de la investigación concebida y llevada a cabo de la manera correcta. La medicina basada en la evidencia utiliza la clasificación de las pruebas científicas observadas y consensuadas, y exige que solo hechos firmemente establecidos (que provienen de metaanálisis, revisiones sistemáticas y ensayos controlados aleatorios) puedan originar recomendaciones médicas. La práctica de la MBE, por tanto, requiere la integración de la experiencia clínica individual, con los mejores datos objetivos (evidencia clínica disponible),

Las guías y protocolos son, asimismo, un mecanismo de contención del coste, porque ambos buscan eliminar los cuidados innecesarios, que se traducen en gastos evitables.

- 4) La seguridad de la práctica asistencial es una obligación ética y, por supuesto, clínica. Esta afecta no solo al paciente, sino también al profesional, en el sentido de que evita daños prevenibles para ambos.
- 5) La actividad de prevención (campañas de vacunación, promoción de estilos de vida saludable, cómo evitar las enfermedades de transmisión sexual, etc.) es un extra en la visita, que consigue mejorar la salud en el futuro y consume tiempo. Instruir al paciente sobre cómo preservar la salud debe formar parte de la visita médica, pero los resultados de la prevención son futuros, por lo que parece que no tenga una importancia inmediata, y con bastante facilidad se descuida contemplarla en la financiación.
- 6) El cribaje de enfermedades potencialmente graves para poder diagnosticarlas de manera precoz, evitar secuelas y porque suelen ser más fáciles de tratar en los estadios iniciales y, en consecuencia, mejora el pronóstico. Esta actividad puede incluirse dentro de las campañas de prevención. Los ejemplos son las campañas de diagnóstico precoz del cáncer de mama, del cáncer de cérvix, de la diabetes mellitus, de la hipertensión arterial o de la insuficiencia renal.
- 7) El uso de fármacos: adecuar los tratamientos para que resulten eficaces y eficientes, evitar las reacciones adversas ligadas a estos y los efectos colaterales de su uso —como la aparición de resistencias a los antibióticos—, o la preferencia por los medicamentos genéricos frente a las marcas registradas, cuando implique ahorro.
- 8) La satisfacción del paciente, en un sentido amplio, porque se refiere a la adecuación a sus expectativas y lo fideliza.
- 9) El uso de nuevas tecnologías en el trabajo para aumentar la seguridad, facilitar la gestión o disminuir el gasto. Los programas de prescripción farmacéutica por ordenador, la informatización del consumo de material sanitario o la historia clínica compartida son ejemplos del uso de las nuevas tecnologías.
- 10) Los resultados. Aunque la RMP sea una relación de medios, se generan, necesariamente, unos resultados, un diagnóstico y un tratamiento, que también dependen del paciente. En estos casos, al incluir los resultados

---

cuando se toma una decisión terapéutica, teniendo en cuenta los valores y las preferencias de los pacientes, lo que se conoce como la tríada de la medicina basada en la evidencia.

dentro de la retribución, estos incentivos pueden considerarse «paciente-dependiente», como, por ejemplo:

- a) El manejo de los pacientes con algunas enfermedades crónicas, grandes consumidoras de recursos, como, por ejemplo, la diabetes o la insuficiencia cardíaca.
- b) La valoración del número de hospitalizaciones y su duración.
- c) La atención en un hospital de día.
- d) El control de síntomas y la preservación del autocuidado y la autonomía física.
- e) El control de las consecuencias de la enfermedad: la prevención de la retinopatía, la nefropatía, la vasculopatía o la neuropatía en la diabetes mellitus diabética.
- f) El éxito en los cambios de estilo de vida.

No todos los factores enumerados están incluidos en un salario. Algunos, como utilizar medicamentos genéricos, la tecnología o el seguimiento de las guías clínicas o de los protocolos (que suelen ser recomendaciones de expertos), necesitan que el profesional modifique su forma de trabajar y, en estos casos, lo que se incentiva es el cambio en los hábitos de trabajo, con aportaciones económicas específicas o con mejoras laborales. La tendencia actual es incentivar la mejora de la calidad desde un punto de vista multidimensional mediante un pacto explícito o tácito. En definitiva, la retribución se utiliza para influir y modular la práctica profesional, porque se ha asumido que la calidad de la asistencia no es un estándar esperable a menos que se estimule, ya que a los médicos les resulta más fácil conseguir una mayor retribución mediante otros métodos, como, por ejemplo, incrementar el número de visitas o de exploraciones (pago por acto), o aumentar el cupo de afiliados asignados (pago por capitación).<sup>5</sup>

No obstante, como ya se ha dicho, en la lista anterior no se consideran algunos aspectos muy valorados por la profesión, como, por ejemplo, la precisión diagnóstica o la elección terapéutica. Este hecho genera entre los profesionales la sensación de que no se premia a aquellos que, según la profesión, pueden ser considerados los mejores o los más eficientes (definidos como los que hacen los diagnósticos más precisos con una mayor economía

<sup>5</sup> Véase el apartado 2.1.1. La retribución de los médicos.

de medios y que prescriben los tratamientos más adecuados a la evidencia científica), hecho que genera frustración y lleva al profesional a buscar la excelencia definida, no ya por la profesión, sino por la empresa, es decir, por el pagador.

Según explica Gérard de Pourvoirville en su artículo «Paying Doctors for Performance», publicado en el *European Journal of Health Economics*<sup>6</sup> en 2012, la conducta de los médicos obedece a motivos intrínsecos y extrínsecos. Los primeros se relacionan con la estima profesional que resulta de dedicar el propio tiempo a la profesión sin tener en cuenta la retribución, es decir, por la satisfacción de haber hecho bien un trabajo de acuerdo con los ideales profesionales sin pensar en la recompensa o la carga. En cambio, los segundos son la respuesta a un incentivo o a una regulación (en la cual podemos incluir la deontología). Los incentivos pueden causar el efecto perverso de eliminar los motivos intrínsecos y que el comportamiento del profesional solo esté guiado por los «motivos extrínsecos», con lo cual el médico se transforma en un puro agente económico que ha olvidado el sentido de dedicación a las necesidades de los pacientes, tanto clínicas como humanas. Por lo tanto, en el cómputo global de elaboración de la retribución final del médico, hay que incluir correctores que premien a los que más esfuerzo han hecho, y que, a la vez, hayan conseguido mejores resultados.

Otro efecto de los incentivos que también se desarrollará más adelante es que limitan la autonomía del médico y del paciente, así como la libertad de elección de ambos, aunque sea por el bien del paciente (definido por el financiador del incentivo, aunque basado en la evidencia científica médica o en los criterios de gestión), pues para cobrar los incentivos se han de seguir unas directrices predefinidas, y se asume que, así, se consiguen unos resultados más favorables.

En el futuro, las nuevas tecnologías aplicadas a la gestión permitirán un mayor examen del trabajo de los profesionales, al mismo tiempo que la incorporación progresiva del paciente como nuevo agente que consulta, compara, selecciona, e incluso se incorpora a los órganos de gestión de las organizaciones sanitarias, conlleva otra fuente de presión sobre los médicos y la financiación de la RMP.

<sup>6</sup> POUVOURVILLE, G. «Paying Doctors for Performance», *The European Journal of Health Economics: Health Economics in Prevention and Care*. Febrero de 2013; 14(1): págs. 1-4. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22699457>.

## 2.1. La presión económica

### 2.1.1. La retribución de los médicos

Para hablar de las retribuciones de los médicos, hay que hacerlo teniendo en cuenta tres niveles.

El primer nivel lo constituyen las reglas de juego de la sociedad, que son establecidas por el Estado, se desenvuelven en el mercado y, en nuestro entorno, se enmarcan dentro de estos tres elementos:

- 1) La configuración del estado de bienestar.
- 2) Las normas profesionales clínicas: el médico como sanador, cuidador y gestor de recursos.
- 3) Las relaciones entre el sistema de salud del país y los proveedores sanitarios (sistema público y proveedores privados; con ánimo de lucro o sin él).

El segundo nivel está formado por las formas organizativas y el grado de competencia de las instituciones sanitarias. Cuando las formas de organización son burocráticas, suelen ser poco eficientes y resulta necesario encontrar alternativas de organización. Las organizaciones flexibles se adaptan mejor y suelen tener mejores indicadores en cuanto a estancia media hospitalaria, por ejemplo, o en el ajuste de costes de hospitalización, por lo que una de las alternativas es la flexibilización de la organización. La descentralización, la autonomía de los centros sanitarios, la distribución de funciones entre los miembros del equipo de atención o el establecimiento de normas de competencia entre las instituciones del propio sistema público son los mecanismos usados más comúnmente.

Y, por último, el tercer nivel está constituido por los incentivos individuales o de grupo bajo la forma de la promoción del prestigio profesional y personal, la estabilidad laboral, la satisfacción personal del trabajador o las recompensas económicas.

La retribución se establece a partir de esos supuestos, ya sea honorarios por acto o por capitación, salario o una mezcla de todos ellos. El tipo de retribución condiciona la RMP y sus resultados, favoreciendo algunos sobre otros. En los apartados siguientes se va a analizar cómo la financiación de la RMP presiona al médico para dirigir los resultados hacia un objetivo que no tiene por qué ser el mayor beneficio del paciente. A partir de la sección 2.3., La presión indirecta sobre el médico, se analizarán otras formas de presión sobre el médico, pero que también están encaminadas a modificar o adaptar la práctica profesional a objetivos que, a veces, son los intereses de terceras personas.