

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

La relación médico-paciente

La relación médico-paciente

Joaquín Martínez Montauti



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Edicions



Observatori de
Bioètica i Dret
Universitat de Barcelona

© Edicions de la Universitat de Barcelona
Adolf Florensa, s/n
08028 Barcelona
Tel.: 934 035 430
Fax: 934 035 531
comercial.edicions@ub.edu
www.publicacions.ub.edu

ISBN

978-84-9168-169-4

Este documento está sujeto a la licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada de Creative Commons, cuyo texto está disponible en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.



Sumario

PRÓLOGO , por Octavi Quintana Trias	9
1. LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE	11
1.1. Los resultados	13
1.2. Las presiones	14
2. LAS PRESIONES SOBRE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE	15
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. La presión indirecta sobre el médico.....	119
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
3. LOS CONFLICTOS DE INTERÉS	153
4. CONSIDERACIONES FINALES.....	163

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 médico¹ clínico, la RMP forma parte del ejercicio de su profesión; en cambio, para el paciente² 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.

¹ 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.

² 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, onicomosis, 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.³ 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.⁴

³ 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, entendiéndose esta adecuación como la accesibilidad al médico (o disponibilidad desde la perspectiva del paciente) y la personalización de la RMP.

⁴ 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).⁵

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

⁵ 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*⁶ 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.

⁶ 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.

Los médicos perciben por su trabajo una cantidad de dinero en forma de:

- 1) Honorarios, cuando se trabaja por cuenta propia. Se pueden definir como el importe que se paga por los servicios de algunas profesiones liberales.
- 2) Salario, cuando se trabaja por cuenta ajena, y puede complementarse con un incentivo. El salario es la paga, o remuneración regular, y el incentivo es un estímulo que se ofrece a una persona, grupo o sector de la economía con el fin de aumentar la producción y mejorar los rendimientos, y, a su vez, para dirigir la práctica profesional.

El salario también puede establecerse por capitación, es decir, relacionarlo con el número de personas adscritas a la cartera del profesional. El médico, en este caso, es el responsable de la atención de los miembros de ese grupo, y percibirá una suma por cada uno de ellos, independientemente de si necesitan atención o no. En este caso, cuanto más numeroso sea el grupo de personas adjudicado a un médico, mayor será el salario. Y cuanto menos utilicen los servicios del profesional, menor será la carga de trabajo.

Al establecer el salario de los médicos se ha de tener presente todo lo expuesto antes. La retribución debería adaptarse a la situación en la que se presta el servicio; los pagos mixtos que combinan salario más incentivo, orientados a reducir costes y a mantener un estándar de calidad, son los que consiguen los mejores resultados.

En cuanto a los incentivos, el llamado pago por resultados o por calidad, P4P en la bibliografía en inglés, lleva más de veinte años empleándose, pero es motivo de crítica por varias razones:

- 1) Porque, como ya ha sido dicho, la corrección en medicina no se mide por los resultados, que son inciertos y están ligados al individuo, sino que ha de medirse por la adecuación de los medios empleados. Y frente a ello, los gestores responden que, cuando se utilizan los medios adecuados, previamente definidos, es, justamente, cuando existe la mayor probabilidad de conseguir el resultado perseguido, y, por lo tanto, está justificado incentivar el uso de dichos medios.
- 2) Porque los incentivos desvían la atención al no premiar el valor intrínseco del trabajo bien hecho sin esperar recompensa, que es propio de una voluntad de servicio o de una actividad humanística dedicada a cubrir las necesidades de los pacientes y, en cambio, transforman y promocionan una visión del médico como un agente económico.

- 3) Porque atentan contra la autonomía del médico y buscan que el comportamiento del profesional sea el promovido por los gestores.
- 4) Y, por último, porque favorecen una selección de pacientes de acuerdo con los que mejor se adaptan al perfil trazado por el incentivo.

2.1.1.1. Honorarios

Los honorarios los suele fijar el profesional y los abona el paciente, a veces de su propio bolsillo, mientras que, en otras ocasiones, son reembolsados por una compañía de seguros. Los honorarios se establecen en función, sobre todo, de la capacidad del médico para vender su prestigio profesional y su imagen, y no están relacionados de manera necesaria con la calidad real, ya que esta tiene una dimensión técnica que no resulta fácil de observar.

Los honorarios fijados tan solo por el profesional pueden ser analizados a partir de cuatro aspectos interrelacionados:

- 1) La cuantía. Se debe valorar si los honorarios son proporcionados o no en relación con la dificultad del diagnóstico, del tratamiento, del aprendizaje o del riesgo.
- 2) La equidad de acceso. Se debe saber si los honorarios condicionan o no el acceso a los cuidados médicos, es decir, si están al alcance de todos de modo equitativo.
- 3) Las consecuencias de no recibir atención médica. Hay que considerar si el motivo de la consulta puede ser causa de graves lesiones, invalidez o deformidad para el paciente, y, en consecuencia, si corre un grave peligro en caso de no ser atendido, y si el tiempo de espera puede considerarse seguro para el paciente.
- 4) Las alternativas de atención en otro centro o por otro profesional, si es que existen, así como cuáles son, y si los resultados son comparables.

La respuesta a estas cuatro consideraciones está sujeta a diferentes criterios económicos y morales que se resumen en los siguientes cuatro puntos que contestan a cada uno de los anteriores:

- 1) La pericia profesional. La dificultad o la perseverancia de aprendizaje deben ser premiadas, así como el esfuerzo para conseguir un diagnóstico o realizar un tratamiento exitoso.

- 2) La equidad en el acceso a los servicios sanitarios, que está sujeta a los modelos sanitarios y económicos, que pueden reconocer o no la atención como una obligación.
- 3) Las consecuencias de no recibir la atención. El riesgo de lesión debería ser una obligación de asistencia, pero, aunque sea reconocido como un imperativo de atención, en la práctica no siempre es así.
- 4) La existencia de alternativas relaja las obligaciones de asistencia. Aun cuando existan alternativas, solo deberían eximir de la responsabilidad de actuar después de haber considerado la accesibilidad del servicio alternativo y el grado de urgencia de la atención para que el paciente no resulte lesionado por la demora a la hora de ser atendido.

Otra forma de honorarios es el pago por acto. Esta forma de pago suele ir asociada a un contrato, y la cuantía la suelen fijar las compañías de seguros médicos.

2.1.1.2. Salario, capitación, pago por acto y formas de pago mixtas

En el caso de que exista una sanidad pública semejante al Servicio Nacional de Salud, la mayoría de los actos médicos suelen estar financiados por el Estado y, en el caso de las compañías de seguros médicos, por las propias compañías. Estas organizaciones son las que elaboran y fijan la retribución, que puede ser de tres tipos: por salario, por honorarios o una mezcla de ambos. La retribución, para ser atractiva para el profesional, debe contemplar numerosos aspectos:

- 1) El prestigio del profesional y cómo aumentarlo.
- 2) El reconocimiento profesional por sus pares y por el empleador.
- 3) La capacidad para organizar la práctica profesional y la libertad para llevarla a cabo.
- 4) El dinero retribuido.
- 5) Las condiciones laborales.
- 6) Las condiciones de vida.

Esta relación no es una lista de prioridades, ya que estas las establece el profesional que hay que contratar, pero son las que tendrá en cuenta. Evidentemente, ofrecer las mejores condiciones laborales según las anteriores premisas es la mejor manera de atraer o de retener a los profesionales más adecuados.

En la actualidad, el debate en sanidad se centra sobre todo en los costes: cuánto cuesta una hora de un profesional sanitario, o cuánto valen un fármaco determinado, una exploración complementaria, una estancia en un hospital de tercer nivel, una cama en la UVI, etc., cuando, en realidad, debería centrarse, sobre todo, en:

- 1) La calidad de la asistencia, entendiéndola, o como sinónimo de eficiencia, más buenas prácticas, o como tiempo dedicado al paciente, más personalización de la RMP, más accesibilidad al servicio.
- 2) Los resultados obtenidos: adecuación de medios y diagnósticos, tratamientos, efectos adversos relacionados con la hospitalización, etc.
- 3) El tiempo empleado para llegar a los resultados.

Estas disquisiciones dan por sentado el aspecto técnico, porque se asume que ya está garantizado por el profesional y la profesión. Pero hay otras vertientes no estrictamente técnicas que el paciente atribuye a la RMP, algunas tácitas y difíciles de explicitar, que no suelen estar incluidas en la retribución de la RMP (salario, pago por capitación o por acto) y, en cambio, sí parece que lo estén en los honorarios: el paciente asume que el objetivo del profesional es su máximo interés y que el profesional se comportará como si fuera su abogado defensor. Esta asunción del paciente encuentra refrendo en los códigos deontológicos de los médicos, que constituyen una guía y un referente de la conducta profesional. En este sentido, los códigos deontológicos de los Col·legis de Metges de Catalunya (edición 2005) y de la Organización Médica Colegial (edición 2011) comentan lo siguiente: «El interés del paciente estará por delante de otros intereses». La Asociación Médica Mundial declara: «El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica».⁷ El artículo 32 del Code de la Déontologie Médicale de l'Ordre de Médecins afirma: «El médico se compromete a proporcionar cuidados esmerados, abnegados y fundamentados».⁸ Y el Code of Medical Ethics de la American Medical Association incluye, en el apartado I.I.I., las siguientes palabras: «Situar el bienestar del paciente por encima del propio interés del médico».⁹

Este compromiso entre médico y paciente lo es respecto a los procesos de diagnóstico y a los valores de la RMP: el profesional usa unos conocimientos

⁷ <http://www.wma.net/es/30publications/topolicies/c8/index.html> (consultado el 24-03-2017).

⁸ <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-code-de-deontologie-medicale-915> (consultado el 24-03-2017).

⁹ <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ama-code-medical-ethics> (consultado el 24-03-2017).

adquiridos durante un largo proceso de aprendizaje y acumulación, que se enfrentan a la variabilidad individual, por lo que el resultado previsible tendrá, en el mejor de los casos, certeza estadística, pero no se podrá garantizar de manera individual.

La observación del acto médico por parte de la población general encuentra una dificultad añadida, ya que los actos médicos no son fáciles de estandarizar debido a que:

- 1) Los conocimientos médicos suelen ser incomprensibles para el lego.
- 2) La personalización del acto incluye los métodos diagnósticos dirigidos a este paciente individual.

Estas recomendaciones deontológicas pueden quedar en declaraciones de buenas intenciones, ya que no siempre son aplicables y los pacientes pueden llegar a ser cautivos de cómo se retribuye el trabajo de los médicos, en particular cuando tan solo hay un único servicio médico disponible. Por ejemplo, en los lugares alejados de las grandes ciudades con poca densidad de población o escasez de servicios sanitarios, la atención se suele concertar con las entidades tradicionalmente implantadas en el área, muchas de ellas entidades sanitarias confesionales que pertenecen a una orden religiosa o que están administradas o parcialmente financiadas por grupos religiosos que, en su origen, se dedicaron a labores de beneficencia. Lo mismo ocurre en el caso de un proveedor concertado a través de una compañía de seguros, con independencia del lugar de atención.

La necesidad creada por la enfermedad y la falta de otras opciones obligan a los pacientes a aceptar los condicionantes ideológicos en la atención sanitaria. La escasez de alternativas sanitarias no solo afecta a la atención de la enfermedad, sino también a la prevención y a la información sanitaria. Esta situación de injusticia es doble, puesto que las personas que tienen medios económicos o recursos culturales suficientes pueden buscar la atención en otro lugar y librarse, así, de condicionamientos. La injusticia nace de las obligaciones contractuales del médico que coartan la libertad de prescripción y cambian el foco de atención de la RMP, centrándolo no en el paciente, sino en los intereses de la institución. Esta situación despoja a la medicina de unos valores que ha sido arduo conseguir y solo se han ido asumiendo en las últimas décadas: la atención integral de la persona, que no solo pretende cuidar/sanar las enfermedades, sino también ocuparse de esa persona y respetar su autonomía y sus preferencias, sin juzgarla.

La retribución ideal debería contemplar toda esa complejidad.

Excluyendo los honorarios, que son una retribución pactada entre el médico y el paciente, las empresas calculan la retribución del trabajo del médico de diferentes maneras. Las más habituales son el salario, la capitación, el pago por servicio y las formas mixtas, que mezclan este último con los otros dos, según diversas proporciones (70 y 30 %, u otras). Los médicos suelen percibir, además, unos complementos variables, que son los incentivos. Aunque estas sean las maneras más comunes de retribuir a los médicos, no significa que sean las mejores ni que resulten fáciles de aplicar.

Al comparar esas cuatro formas de retribución más comúnmente usadas, se observa que cada una implica ventajas e inconvenientes sobre las otras:

- 1) El salario no está vinculado con la consecución de resultados, y a la larga resulta poco estimulante. Proporciona seguridad laboral al profesional y conlleva responsabilidades morales y jurídicas que se fijan por contrato entre ambas partes. En este caso, la obligación de respeto de los valores de la RMP puede entrar en colisión con las obligaciones contractuales.¹⁰ Por ejemplo, en Estados Unidos, se llevó ante el Tribunal Supremo si las corporaciones con ánimo de lucro podían seguir los preceptos de una religión y, de este modo, liberarse de algunas obligaciones sociales contrarias a su religión. El caso planteado era financiar una contracepción, que en cualquier punto del proceso anticonceptivo la corporación pudiese considerar abortiva (por ejemplo, prevenir la implantación de un óvulo fecundado o la muerte del óvulo fecundado), sin que los conocimientos científicos se tuvieran en cuenta. El Tribunal Supremo concluyó lo siguiente: «Sin embargo, una vez la mayoría ha concluido que una corporación sin ánimo de lucro puede ejercer una religión, los jueces no encuentran razón alguna, ni intento desde el Congreso, para excluir a las organizaciones sin ánimo de lucro de la protección de la RFRA» (RFRA: Religious Freedom Restoration Act, 1993, Estatuto Federal de EE.UU.).¹¹

A raíz de esta resolución del Tribunal Supremo de Estados Unidos, en el caso de compañías que manifiestan una convicción religiosa contraria al aborto, si la contracepción puede considerarse abortiva en cualquier punto del proceso contraceptivo, las empleadas de esa compañía no tienen cu-

¹⁰ ANNAS, G. J.; RUGER, T. y PRAH, J. «Money, Sex, and Religion - The Supreme Court's ACA Sequel», *The New England Journal of Medicine*. 28 de agosto de 2014; 371: págs.862-866. Se puede consultar en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMh1408081#t=article>.

¹¹ Traducción del autor. Según cita anterior.

bierta por su póliza de seguro médico esa actividad de prevención y, asimismo, los médicos solo pueden prescribir esos medicamentos o implantar dispositivos de contracepción (como los dispositivos intrauterinos) fuera de su relación contractual con la compañía.

El ideario moral de la institución se enfrenta a la moral individual, tanto del paciente como del profesional, y, en cierta medida, condiciona que ambos sean cautivos de la institución, como sucede en el caso que se acaba de describir, con el agravante, además, de género, ya que es una medida que solo afecta a las mujeres. Esta objeción, por motivos de conciencia, podría llegar a hacerse extensiva a otras actividades de prevención, como las vacunas o los antidepresivos (en el caso de la Iglesia de la Cienciología), o de tratamiento (por ejemplo, las transfusiones de sangre en el caso de que el médico que atiende sea testigo de Jehová).

- 2) El pago por acto o por servicios realizados constituye un buen estímulo para aumentar la productividad y la calidad (por ejemplo, la calidad medida como el tiempo que se pasa con cada paciente, el tiempo de demora en conseguir cita o por la personalización de la RMP).

El pago por acto tiene lugar en dos situaciones: cuando el médico fija su propia tarifa o cuando tiene una tarifa preestablecida, que es lo que ocurre, en general, cuando trabaja para una compañía de seguros médicos. Este tipo de retribución favorece una RMP más larga y exclusiva, al mismo tiempo que posibilita las tres formas de continuidad: de personas, de información y de dirección. Sin embargo, el pago por acto da lugar a varios efectos indeseables:

- a) Aumenta el número de visitas, ya que cada una genera un acto y, en consecuencia, un estipendio.
- b) Incrementa el gasto y el número de actos sanitarios, ya que los médicos tienen la capacidad de crear demanda en forma de nuevas visitas o de solicitudes de consultas o de pruebas complementarias.
- c) Algunas empresas de proveedores sanitarios, que ofrecen sus servicios a las compañías de seguros médicos y cuya facturación de honorarios es por acto, obligan por contrato a sus empleados médicos a participar en bucles empresariales que derivan a los pacientes de un médico a otro de distintas especialidades, ya sea a su consulta o para practicar exploraciones complementarias (análisis, pruebas de imagen), lo cual significa un incremento en la facturación a la compañía pagadora, algunos actos médicos innecesarios y efectos adversos en los pacientes (fármacos, contrastar las exploraciones, ansiedad, etc.).

En consecuencia, este tipo de retribución puede conllevar una menor eficiencia, entendida como evitar actos superfluos, y contravenir el principio de no maleficencia, porque aumenta el riesgo de efectos adversos, ya que ningún tratamiento o prueba es inocuo.

La medicina de complacencia, que, como es sabido, consiste en realizar actos médicos para complacer al cliente y no para investigar o detectar un problema de salud, encuentra menos obstáculos cuando el paciente es el pagador directo, aunque no es la única situación en la que se produce. Ese tipo de ejercicio médico considera al paciente un cliente al que hay que contentar para conservarlo como cliente o para evitar que se disguste y presente una reclamación o una denuncia. En este último caso, la medicina de complacencia se puede considerar una forma de medicina defensiva. El pago por acto incita a los médicos a fidelizar al paciente y tratarlo en la propia consulta y a evitar derivarlo a un especialista, porque puede perder un cliente. Esta práctica no siempre es beneficiosa para el paciente, porque la atención a muchas enfermedades, sobre todo las crónicas, necesita ser multidisciplinar, pero manteniendo la continuidad.

- 3) El pago por capitación favorece la selección de pacientes por parte del médico. Como el salario se define en función del número de pacientes adscritos, los más rentables serán aquellos que menos problemas generen, los que sean más cumplidores o los que mejor se adapten al perfil solicitado por la compañía pagadora. La capitación incentiva la reducción de costes, pero se acompaña de una disminución en la calidad del servicio (que se mide por el tiempo que se dedica a cada paciente y el número total de estos), y fomenta la dispersión de problemas, por ejemplo, aumenta las consultas de los médicos de familia a los especialistas. Otro aspecto a veces negativo es que, cuando hay pocos pacientes, los profesionales compiten entre sí.
- 4) Las formas de retribución mixta, como la capitación o el salario, más pago por servicio, pretenden incentivar la atención de pacientes complejos y compensar la desigualdad salarial que produciría atenderlos con una remuneración por capitación o salario exclusivamente. Como más pacientes atendidos significa mayor salario, cuando los pacientes exigen mayor dedicación, es decir, más tiempo, una cartera de pacientes en la cual predominen los pacientes complejos significa una menor retribución, aunque el esfuerzo y la preparación requeridos sean mayores. El paciente complejo suele ser un anciano, afectado por varias patologías, algunas interdependientes, que está incluido dentro de un cupo asignado a un mismo médico de familia, y cuyo manejo exige tiempo y pericia. Aquí aparece de nuevo la vulnerabilidad como un factor que se debe tener en cuenta para elaborar la retribución.

Cuadro 1. Ventajas y desventajas de las diferentes formas de pago

Modelo	Descripción	Ventajas potenciales	Desventajas potenciales
Pago por acto	El médico percibe un honorario por cada uno de los servicios que presta	El proveedor cobra por cada nuevo servicio que presta y, por lo tanto, puede incrementar los servicios disponibles en relación con el crecimiento de la demanda Puede estimular la alta calidad elevada si hay competencia basada en los resultados Simple de administrar y de hacer cumplir una vez establecido	Exceso en el número de servicios Sin incentivos para la atención en equipo Sin incentivos para considerar el coste total de la atención médica Promueve visitas médicas cortas Sin recompensas basadas en la calidad o la experiencia
Salario	Pago anual de un salario para trabajar un cierto número de horas por semana	Contiene los costes a menos que estén asociados con derivaciones innecesarias o solicitudes de pruebas Simple de administrar y de hacer cumplir Reduce los incentivos para sobretratar comparado con el «pago por acto»	Puede significar menor productividad o calidad del servicio No incentiva atender a más pacientes o a procurar una mejor accesibilidad
Capitación	Pago por cada uno de los pacientes inscritos en la cartera del médico	Contención de los costes La población de pacientes definida facilita la atención preventiva Incentiva mantener bajo el coste de los pacientes Promueve la cobertura sanitaria de la población al incentivar a los médicos para que acepten a más pacientes en la cartera	Complejo para establecer y hacer cumplir Puede significar una calidad deficiente, en particular, a través de la falta de provisión de servicios Puede promover que los médicos escojan a pacientes más sanos

Fuente: Adaptado de la Conference Board Canada (2014).

Kim Rose Olsen publicó, en 2012, un artículo en el *Health Economics*¹² que explica el estudio realizado en Dinamarca sobre los ingresos de los médicos de familia que trabajan en solitario, que atienden a pacientes comple-

¹² OLSEN, K. R. «Patient Complexity and GPs' Income under Mixed Remuneration», *Health Economics*. Junio de 2012; 21(6): págs. 619-632. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21484937>.

jos y perciben una remuneración mixta. En su estudio concluye que esta forma de retribución 70-30 % es insuficiente para compensar el menor número de pacientes en el cupo debido a la complejidad de la atención sanitaria y al tiempo que se ha de invertir.

Esta conclusión revela una falta de equidad doble: la discriminación que pueden sufrir estos pacientes, porque su atención no es «rentable», y la del médico, ya que ve su trabajo peor recompensado a pesar de la dificultad de aprendizaje y de que conlleva un mayor esfuerzo.

La retribución fija suele calcularse en función del número de horas trabajadas y no a partir de la calidad del trabajo realizado. Cuando las retribuciones son uniformes y rígidas, la mayor parte de los médicos se concentra en las grandes ciudades, en los hospitales universitarios con actividades de docencia e investigación y en los horarios más convenientes. Los aspectos no económicos de la retribución explican estas diferencias: el prestigio y reconocimiento profesional, las condiciones de vida o las preferencias familiares. En cambio, las áreas rurales alejadas o las islas carecen en gran medida de médicos o de servicios especializados, a menos que se premie la atención en esas zonas para compensar los aspectos no monetarios de la retribución. En algunos países se subsana esta desproporción obligando por ley a que los médicos permanezcan cierto tiempo en esas zonas. Los médicos recién licenciados o los que acaban de incorporarse a la profesión o, incluso, en período de formación son los que suelen cumplir esa obligación. Todo ello los hace más vulnerables.

Ninguna de las formas de retribución que se han descrito hasta ahora tiene en cuenta la precisión diagnóstica y/o terapéutica. Todas las maneras de retribuir se enfrentan al distinto nivel de conocimientos entre el médico y el observador individual o institucional.

2.1.1.3. La carrera profesional

En España, la retribución de la carrera profesional se regula dentro del marco de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, título III, del desarrollo profesional y su reconocimiento, artículos 37 y 38. Esta ley desliga la promoción profesional del médico de la promoción jerárquica que antes era la base de la regulación.

Desde 2003, para calcular la retribución de los médicos, se usa una serie de elementos basados en los méritos personales, que se van actualizando por períodos variables de tiempo, según el catálogo de méritos establecido en la ins-

titución, y que consigue que el esfuerzo en la mejora profesional reciba una recompensa doble: la actualización económica y el reconocimiento de la autoridad profesional.

La carrera profesional contempla ocho aspectos de la vida laboral: la antigüedad, los méritos docentes, los relacionados con la investigación, los académicos, los vinculados con la gestión, los personales (como la capacidad de liderazgo) y dos componentes más, ligados con la empresa y el trabajo del profesional, una mezcla de elementos objetivos y subjetivos, ya que son:

- 1) La apreciación del gestor sobre el compromiso con la empresa del profesional;
- 2) La consecución anual de resultados.

El primer grupo es el que más cerca está de la injerencia empresarial o institucional en el trabajo del médico, ya que el responsable del servicio es quien valora el compromiso con la empresa. En cambio, la consecución de resultados consta de dos partes: la primera está constituida por elementos que se pueden medir, y la segunda parte, que tiene un aspecto más subjetivo, consiste en:

- 1) Un grupo de parámetros objetivos, pero, sin embargo, no siempre analizados desde el punto de vista de la adecuación a los pacientes o de la calidad de la asistencia: el uso del laboratorio, la productividad a través del número de pacientes atendidos y la satisfacción de los pacientes a través de las reclamaciones o de las encuestas. Estos parámetros no suelen ser pactados con los profesionales.
- 2) Otros parámetros subjetivos, que suelen ser pactados entre el médico y el gestor, pero valorados por el responsable del servicio: las tareas de apoyo, la elaboración de programas y de guías clínicas, etc.

La carrera profesional es, pues, una mezcla de reconocimiento económico de la trayectoria profesional y del trabajo en la empresa, que es un sistema incentivador que se mantiene a largo plazo, siempre que sea fiel a la valoración objetiva de los méritos y esté diseñado y gestionado por los propios profesionales.¹³

¹³ SALMERÓN, J. M.; BENARROCH, G.; PIQUÉ, J. M. y RODÉS, J. «Carrera profesional del personal médico. Un sistema incentivador útil cuando se mantienen sus principios de aplicación», *Medicina Clínica*, 22 de marzo de 2008; 130(10): págs. 393-398. Se puede consultar en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2554021>.

2.1.1.4. Los incentivos

Tradicionalmente se ha pensado que el esfuerzo del médico no se corresponde del todo con los honorarios, que la deuda contraída con el médico necesita una remuneración particular, además del dinero clásico, y de ahí que sean frecuentes los regalos. Estos son moralmente neutros, siempre que, por ambas partes, no estén condicionados ni condicionen la relación, y pueden considerarse incentivos y recompensa a una práctica profesional determinada. Las empresas sanitarias también tratan de fomentar una práctica profesional determinada, para lo cual contemplan el pago de incentivos a los médicos, no a título de regalo, sino como una retribución variable sometida a unas metas, estipuladas con anterioridad y ligadas al aumento de la calidad y al ahorro de dinero, lo que no es, de entrada, negativo a nivel moral. Esta retribución complementaria no solo debe ser interpretada como la participación en los beneficios que obtiene la empresa, por ser más eficiente y productiva, sino que también, para su comprensión, se deben contemplar otros elementos:

- 1) El incentivo remunera una carga de trabajo adicional, administrativa y profesional.
- 2) Con el incentivo se persiguen, en ocasiones, unos objetivos clínicos beneficiosos en el futuro (por ejemplo, las actividades de prevención) y, por lo tanto, con cierto grado de incertidumbre y, por tratarse de la relación entre un médico y un paciente, individualmente inciertos.
- 3) Los incentivos corren el riesgo de desviar la atención del profesional acerca de qué es lo mejor para el paciente, y, para ser neutrales a nivel moral, deberían evitar este riesgo.
- 4) Los incentivos pueden contribuir a corregir los efectos perversos de las modalidades de pago, pero no deben distraer la atención del profesional ni promover que se descuiden otros aspectos de la atención.

Para conseguir las metas estipuladas existen, sin embargo, vías alternativas a la económica, como, por ejemplo, la reflexión profesional sobre la necesidad de ser más eficientes. Esta última puede parecer menos atractiva, porque sus resultados solo se verán a largo plazo y la eficacia es desconocida, y, lógicamente, al inicio, no se traduce en una mejora económica para el médico.¹⁴ Por esa

¹⁴ No obstante, cuando la reflexión profesional es capaz de conseguir esas metas de mejora de la calidad y de ahorro se refuerza la confianza y el valor de la profesión y, seguramente, estas vías alternativas son más duraderas. A diferencia de la reflexión profesional o del carácter altruista o filantrópico de la

razón, la práctica al uso son los incentivos, que pueden conseguir resultados a corto plazo y, además, son manipulables.

Los incentivos plantean, sin embargo, nuevas tensiones entre el médico, el paciente, la empresa o la sociedad, y originan conflictos de conciencia en el profesional. A continuación se detallan algunos aspectos de esas nuevas tensiones:

- 1) Las que resultan del binomio formado por las obligaciones del médico como cuidador/sanador y defensor de los intereses del paciente frente al gestor, que es el representante de los intereses de la gestión. Lo que podría ser neutro o positivo desde el punto de vista moral, es decir, encaminado a buscar una mayor calidad o a ahorrar dinero al sistema sanitario, deja de serlo y se convierte en una fuente de conflictos para el profesional. Por ejemplo, aplicar los protocolos a pacientes concretos cuando el médico piensa que existe otra alternativa más adecuada, usar medicamentos fuera de la ficha técnica, proponer un uso compasivo de los medicamentos o que la empresa no encuadre el ahorro entre límites razonados.

El paciente se verá involucrado en esta tensión que afecta directamente a la RMP: los protocolos se aplican en pacientes que no suelen participar en su elaboración. Los pacientes son los beneficiarios de la prescripción de medicamentos, pero también quienes sufren las consecuencias.

- 2) Los incentivos generan tensiones entre profesionales de la misma organización. Por ejemplo, en el caso de los incentivos ligados a la prescripción, cuando el médico prescriptor es un especialista de segundo o de tercer nivel y el médico de familia es el responsable de la continuidad del tratamiento, la prescripción generada por aquel repercutirá sobre la asunción del objetivo, a menos que se pongan en práctica nuevas medidas administrativas para evitarlo. Si el médico de familia propone un cambio de tratamiento, porque lo considera más idóneo, deberá enfrentarse al paciente, explicarle por qué quiere cambiar y despejar dudas sobre cualquier repercusión en la consecución de objetivos. En definitiva, pondrá a prueba la confianza de la RMP. La solución a este conflicto potencial es mucho más fácil y beneficiosa cuando se produce en un contexto de continuidad personal, de información y de dirección de la RMP.

Estas tensiones generadas por los incentivos han sido puestas de manifiesto por los autores del Documento de la Plataforma 10 minuts cuando

profesión, la declaración de resultados clínicos actúa, también, como un incentivo no económico, aunque es una forma de motivación basada en la presión externa.

denuncian la elaboración del incentivo relacionado con la prescripción y el gasto máximo asumible.¹⁵

- 3) Algunos incentivos benefician a los médicos con una cartera de pacientes sanos, sin pacientes pluripatológicos, más ricos o con un nivel mayor de educación y menos frecuentadores de las consultas médicas, más cumplidores de los tratamientos, que necesitan menos supervisión y que están mejor alimentados; de ahí que se pueda afirmar que los incentivos también favorecen la discriminación entre profesionales. Esta discriminación puede ser incluso geográfica por las diferencias de salud según el nivel socioeconómico del lugar de residencia.¹⁶
- 4) Al reconocer la necesidad de unos incentivos para conseguir unos resultados pactados se está admitiendo que el sueldo no es un estímulo suficiente, o que el profesional no se esforzará lo bastante a menos que se le incentive. Por lo tanto, una primera lectura parece sugerir que la política de objetivos pone a prueba la confianza hacia el profesional sanitario. Si bien es cierto que, dados el volumen y la inmediatez de la información en la actualidad, hay que considerar cómo se retribuye un trabajo sometido a la exigencia de transformación y actualización permanentes, y donde el objetivo es la excelencia. Los incentivos son la recompensa a ese esfuerzo y, al mismo tiempo, actúan como acicate para mantenerlo.
- 5) Frente a la transparencia de los incentivos económicos, la reacción de los pacientes puede ser negativa: el público puede interpretar estos emolumentos desde la perspectiva de los conflictos de interés (por ejemplo, puede pensar que le recetan medicamentos genéricos, porque el médico percibe un incentivo por su prescripción, o que no le hacen una resonancia nuclear magnética, porque el médico recibe un incentivo por ordenar el menor número posible de exploraciones de este tipo). Obviamente, mantener ocultos los incentivos todavía genera mayores sentimientos negativos: secretismo, desconfianza y sospechas de intereses ocultos e inconcesables.

¹⁵ Col·legi de Metges de Barcelona. «Resposta al document sobre el CRV-ICS-2007 presentat a la Comissió Deontològica per la Plataforma 10 minuts de Catalunya.» 2007 y Col·legi de Metges de Barcelona. «Pregunta de la Plataforma 10 minuts de Catalunya a la Comissió Deontològica del COMB.» 2007. Se puede consultar en: https://www.comb.cat/cat/actualitat/noticies/sta/crv_ics.htm y https://www.comb.cat/cat/actualitat/noticies/sta/Pregunta_plataforma10.pdf.

¹⁶ KIND, A. J.; JENCKS, S.; BROCK, J.; YU, M.; BARTELS, C.; EHLENBACH, W.; GREENBERG, C. y SMITH, M. «Neighborhood Socioeconomic Disadvantage and 30-day Rehospitalization: a Retrospective Cohort Study», *Annals of Internal Medicine*. 2 de diciembre de 2014; 161(11): págs.765-774. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25437404>.

- 6) Las tensiones también afectan a la sociedad, porque los objetivos crean problemas relacionados con la equidad: con qué se incentiva y por qué a este grupo profesional o qué se incentiva.
- 7) Los incentivos, asimismo, se usan para fomentar las funciones que el Estado delega en los médicos y que no siempre constituyen una atención a la enfermedad.

La incapacidad laboral transitoria, por ejemplo, es un trámite administrativo que es responsabilidad del médico, que certifica que la ausencia en el trabajo está justificada por la enfermedad. En estos casos, el médico actúa como perito y determina si el paciente es capaz de desarrollar su trabajo habitual.

Sin embargo, esta actividad del médico no debería ser interpretada tan solo como un peritaje, sino dentro del capítulo de las órdenes médicas o prescripciones: reposo, aislamiento o una forma de cuarentena, etc., que, al mismo tiempo, suponen una prestación social. Esta actividad del médico como dispensador de estas prestaciones afecta a la RMP, ya que implica no solo cuidar de la salud, sino también incidir en la situación económica del paciente y en su capacidad para sobrevivir económicamente a la enfermedad e, incluso, transitar hacia una nueva economía gracias a la incapacidad laboral parcial, total o definitiva.

Como ya se ha apuntado antes, el documento de la Plataforma 10 minuts¹⁷ plantea el tema de los incentivos del Institut Català de la Salut en 2007, entre los cuales se encontraba incentivar con una remuneración extra un menor número de incapacidades laborales transitorias durante ese período y reducir la duración de la incapacidad. Estos datos se comparaban con una curva de normalidad expresada en percentiles; eran incentivos grupales (para todo el equipo) e individuales (para el profesional individual), pero sin establecer un rango óptimo de referencia ni tener en cuenta el grupo de población atendida. Para complicarlo más, es una actividad que se delega en la persona del médico de familia desde distintos niveles: el Estado, el hospital o el médico especialista. Esta actividad necesita una formación específica del médico y también un seguimiento independiente. El carácter económico de la prestación social es evidente que puede alterar la RMP. Los autores del documento denominan ma-

¹⁷ Col·legi de Metges de Barcelona. «Resposta al document sobre el CRV-ICS-2007 presentat a la Comissió Deontològica per la Plataforma 10 minuts de Catalunya.» 2007 y Col·legi de Metges de Barcelona. «Pregunta de la Plataforma 10 minuts de Catalunya a la Comissió Deontològica del COMB.» 2007. Se puede consultar en: https://www.comb.cat/cat/actualitat/noticies/sta/crv_ics.htm y https://www.comb.cat/cat/actualitat/noticies/sta/Pregunta_plataforma10.pdf.

leficencia estadística al castigo que sufren algunos profesionales que firman muchas incapacidades laborales transitorias sin que el auditor tenga en cuenta la población que atienden, ya que las compara con «una curva de normalidad».

Si se tiene en cuenta los incentivos cuya finalidad es el ahorro en gastos de farmacia o en las exploraciones complementarias, sin tener más criterio que el ahorro, y, además, la relación es transparente, es decir, que el paciente conoce la política de incentivos (en nuestro servicio nacional de salud, por ejemplo, la información se publica en el BOE), la confianza del paciente en el profesional o en la institución puede entrar en crisis cuando prevalece una visión económica de la prescripción. En este caso, la visión negativa del paciente aumenta debido a multitud de factores, que influirán de manera negativa en la RMP:

- 1) La publicidad, que solo refuerza los aspectos positivos de la medicación y oculta sus efectos secundarios.
- 2) La presunción de que va a funcionar porque se probó en otra persona y tuvo éxito.
- 3) Un nivel de evidencia científica escaso, que es un concepto por lo general opaco para el lego, pero que justifica la aprobación o el rechazo de un tratamiento medicamentoso.
- 4) Terapia experimental y no extrapolable a cualquier situación clínica de dudosa eficacia.
- 5) El consumo de recursos económicos o de personal (con lo cual el paciente puede atribuir la denegación al coste), o una terapia barata (que sea interpretada como sinónimo de terapia sin valor).

Surgen, además, efectos adversos relacionados con los incentivos que deben ser contemplados en este apartado. Por una parte, el incentivo no debe ser un sustitutivo del salario, y tampoco debe justificar un salario insuficiente, ya que, en ambos casos, invita a la perversión, porque se transforma en algo imprescindible para conseguir una remuneración acorde con el trabajo prestado y las condiciones de vida, y relega a un segundo plano la independencia de la conciencia o la autonomía del profesional. Por otra parte, en el médico, el incentivo puede producir un efecto perverso que surge de la tentación de prescribir fármacos en función de la incentivación y no pensando en el paciente. Es evidente que en estos casos se atenta contra la RMP porque menoscaba la confianza, o porque no sitúa al paciente como prioridad.

El tipo de objetivo que debe alcanzarse, la situación clínica que se incentiva, cómo se recopilan los datos para analizar el cumplimiento del incentivo

o tener en cuenta un único elemento son factores que pueden llevar a seleccionar al grupo de pacientes más fácil para conseguir el objetivo, lo que provoca un nuevo efecto perverso del incentivo en la calidad de la atención.

En el cuidado de los pacientes diabéticos, por ejemplo, si solo se considera el control glicémico, para conseguir el incentivo, basta con seleccionar el grupo de pacientes disciplinados que siguen los tratamientos y hacen ejercicio, y cuya diabetes es de fácil control. Es decir, el incentivo puede excluir al grupo de diabéticos de control difícil y, por lo tanto, este grupo, que tiene una mayor necesidad de atención, tiene menos oportunidades de recibir una atención de calidad. Siguiendo con el ejemplo de un paciente diabético, si además de la diabetes mellitus padece hipertensión arterial, el control de la presión arterial adquiere gran importancia, porque las consecuencias de la hipertensión son más graves en los diabéticos que en los que son tan solo hipertensos, con lo cual el beneficio esperado del tratamiento hipotensor será mayor. En ese caso, cabe preguntarse si se debe incentivar de la misma manera el buen control del paciente diabético e hipertenso que el del paciente que solo es diabético. Este ejemplo pretende ilustrar, además, la complejidad de establecer unos incentivos equitativos no solo para el profesional, sino que también lo sean para el paciente, a fin de que no contribuyan a discriminar a los pacientes más complejos, más difíciles o más antipáticos, desagradables o incumplidores.¹⁸ Frank Eijkenaar, en un artículo publicado en 2013 en el *European Journal of Health Economics* describe numerosos ejemplos de este tipo de efectos perversos de los incentivos.¹⁹

Para evitar estos extremos, el objetivo del incentivo ha de ser la retribución de la buena práctica, no del ahorro de dinero en sí ni de la disminución de las exploraciones complementarias. Dicho de manera más teórica, los incentivos económicos han de estar al servicio de los valores intrínsecos (salud, vida, bienestar, ausencia de dolor, etc.), ya que los propios incentivos son valores instrumentales, es decir, dinero. Queda claro, pues, que los objetivos aplicados de forma incorrecta desincentivan o producen perversiones en el funcionamiento normal de las empresas y, del mismo modo, tienen un efecto negativo y perverso en la práctica sanitaria.

¹⁸ RUSCITTO, A; MERCER, S. W.; MORALES, D. y GUTHRIE, B. «Accounting for Multimorbidity in Pay for Performance: a modelling study using UK Quality and Outcomes Framework data», *The British Journal of General Practice*. Agosto de 2016; 66(649): e561567. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27381486>.

¹⁹ EIJKENAAR, F. «Key Issues in the Design of Pay for Performance Programs», *The European Health Economics in Prevention and Care*. Febrero de 2013; 14(1): págs. 117-131. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21882009>.

Desde un punto de vista ético, los incentivos pueden ser adecuados o inadecuados moralmente. Una primera cualidad exigible es la transparencia, es decir, que el paciente sepa que existen, en qué consisten y cuáles son los criterios que se utilizan para elaborarlos y cobrarlos. En la sanidad pública se publican, como ya se ha dicho, en los diarios oficiales (BOE, DOGC)²⁰ o en los presupuestos (referencia al Quality Outcomes Framework del Reino Unido, ver más adelante), aunque la publicación en diarios oficiales no los hace transparentes de manera necesaria, sino solo accesibles. Por otra parte, la transparencia no implica que se hayan elaborado con la participación de los interesados: invitar a los profesionales a participar en su definición es interesante, porque promueve la cultura de la participación y de la corresponsabilidad. El público ha de recibir la información sobre los incentivos como lo que deberían ser, un arma para conseguir eficiencia y eficacia, que beneficia a los pacientes, y no como el privilegio de unos profesionales. Por otra parte, hay que puntualizar que los incentivos no son moralmente neutros, puesto que pretenden modificar la conducta de los profesionales, promoviendo unas decisiones sobre otras. Conviene decir que no por ser neutros son negativos. Habría que añadir que los incentivos no deberían promover la competencia entre profesionales o entre grupos de profesionales para establecer un ganador, sino como estímulo de mejora. Y, por último, hay que considerar el riesgo moral del profesional que evalúa los resultados y administra los incentivos, dado que su actividad también está incentivada.

Del mismo modo que los incentivos son un estímulo con el fin de aumentar la producción y mejorar el rendimiento o la calidad, los regalos son muestras de agradecimiento que surgen cuando se establece una RMP satisfactoria, de tal modo que el paciente adscribe el sentimiento de gratitud a un profesional concreto, sintiendo que este último hace o debe hacer por él más de lo que establece el contrato. Tanto los regalos como los incentivos pueden tener un efecto perverso, en particular cuando son desproporcionados y, en el caso de los presentes, también cuando se convierten en el objetivo de la relación. La percepción social del regalo a los médicos cambia o desaparece cuando la medicina se socializa y se despersonaliza la RMP. A diferencia de los regalos, que no tienen por qué ser justos pero sí proporcionados, los incentivos no son una muestra de la gratitud empresarial y, como se ha dicho, tienen como objetivo final la modificación de la conducta profesional del médico. De ahí que puedan suscitar dudas éticas.

²⁰ BOE: Boletín Oficial del Estado. DOGC: Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya.

En la descripción y análisis de las razones para introducir incentivos en la retribución de los médicos, se va a descartar el tratamiento fiscal de los incentivos, ya que este aspecto debe ser analizado localmente y se aleja mucho de los objetivos de este trabajo.

Los motivos para introducir incentivos en la retribución de los médicos son múltiples:

- 1) La reducción en la utilización de ciertos servicios y la consecución de objetivos como un menor incremento de los costes de la atención; cuando la disponibilidad de una exploración complementaria es limitada, un número de solicitudes menor permite reducir las listas de espera (con ello se evita la ansiedad y la sensación de desatención que generan estas); porque existen otras alternativas de atención o de exploración más baratas, o porque la relación coste-beneficio es desfavorable.

Por ejemplo, reducir el número de algunas exploraciones de diagnóstico por la imagen, como la RNM²¹ o el PET, que tienen un coste elevado y la mayoría se concentra en las ciudades. Al ser menor el número de solicitudes, se puede facilitar el acceso en aquellos casos en que la exploración es más útil.

- 2) La modificación de la prescripción farmacéutica y las solicitudes de exploraciones complementarias siguiendo criterios de eficiencia, economía, accesibilidad o evidencia científica.
- 3) La adopción de los «Procesos recomendados de programas» y premiar los resultados obtenidos tras su aplicación. Estos objetivos, que se engloban dentro de los programas del manejo de enfermedades crónicas en su mayoría, son más versátiles que otros, porque se adaptan a la situación que están tratando. Son programas que necesitan la participación activa de los pacientes, además del médico. Son muy interesantes, ya que involucran al paciente y no solo están dirigidos a aumentar la salud de los enfermos crónicos (aunque no está claro qué definición de salud usan), sino que, además, consiguen reducir la utilización de los servicios médicos que resultan de las complicaciones evitables de las enfermedades crónicas, como, por ejemplo, las visitas a urgencias o la frecuencia de hospitalización. Estos incentivos son de introducción más reciente que los citados en los dos primeros puntos, y, por ello, no se conocen bien los resultados a largo plazo.

²¹ RNM: resonancia nuclear magnética. PET: tomografía por emisión de positrones.

- 4) La financiación de las curvas de aprendizaje es imprescindible en una actividad tan cambiante como el ejercicio de la medicina y con una necesidad perentoria de actualización de conocimientos y de técnicas.

Los incentivos de mayor éxito son los dirigidos a procedimientos sanitarios menores (por ejemplo, ahorro en análisis clínicos, pruebas de imagen y uso de medicamentos genéricos).²² En cambio, los que pretenden actuar en los resultados (diagnóstico, tratamiento) o en problemas complejos consiguen peores resultados.

Más allá de la compensación del buen ejercicio profesional, en el caso de los incentivos institucionales, lo que se busca, en realidad, es compensar la dificultad que significa ofrecer más calidad, eficiencia y eficacia, que el incentivo refleje el valor del resultado esperado, o que sea una forma de presión sobre el médico para que abandone la autonomía profesional y acepte la propuesta de la empresa.

Todos los incentivos que se han descrito antes son económicos o financieros; son motivadores externos, es decir, ejercen cierta presión sobre el médico desde fuera, desde los órganos gestores de la empresa o desde la sociedad. La intención de la presión puede ser legítima y moralmente positiva, ya que, de entrada, va dirigida a conseguir un entorno sanitario seguro, eficiente, y a prestar una asistencia de calidad. Por lo tanto, estos tipos de incentivos no son un complemento retributivo, sino que, a la vez, son una forma de presión empresarial.

La sociedad ejerce presión sobre los profesionales y sobre las instituciones sanitarias mediante la publicación periódica de resultados comparando diferentes hospitales entre sí o profesionales (por ejemplo, la tasa de infección de herida quirúrgica por cirujano o por hospital), o mediante los datos de actividad (número de intervenciones/año, estancia media, traslados a otros centros, mortalidad asociada a los procedimientos, etc.). Estas publicaciones pueden considerarse estímulos para mejorar, porque, además, precisan un sistema de recopilación de datos lo más exacto posible para reflejar la realidad y también para evitar los sesgos o las trampas. Elaborar y mantener un sistema de recopilación de datos como el citado ya constituye, por sí mismo, un buen impulso para mejorar.

²² MURPHY, D. J.; LYU, P. F.; GREGG, S. R.; MARTIN, G. S.; HOCKENBERRY, J. M.; COOPERSMITH, C. M.; STERLING, M.; BUCHMAN, T. G. y SEVRANSKY, J. «Using Incentives to Improve Resource Utilization: a Quasi-experimental Evaluation of an ICU Quality Improvement Program», *Critical Care Medicine*. Enero de 2016; 44(1): págs. 16270. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26496444>.

Bryan G. Maxwell *et al.* publicaron en 2014 un estudio retrospectivo²³ que recoge datos de los pacientes que fueron intervenidos de cirugía cardíaca mayor, entre 2005 y 2009, y observan que después del día treinta de postoperatorio se incrementa abruptamente la mortalidad. La hipótesis de los autores es que el aumento de la mortalidad después del día treinta se debe a que los estudios de calidad consideran la mortalidad solo hasta los treinta días y no más allá (efecto Hawthorne, o del observador) y, por lo tanto, el cambio en la orientación clínica o terapéutica puede demorarse hasta que se cumpla el plazo de observación.

Robert A. Berenson y Thomas Rice publicaron un artículo en 2016, en la revista *Health Services Research*,²⁴ en el cual analizan y detallan otros métodos distintos a los motivadores externos ligados a la remuneración económica, a la presión social y al prestigio para conseguir mejorar la calidad. Constatan que los profesionales sanitarios no solo se mueven por motivos económicos o de prestigio, sino que un acicate muy potente es el de ayudar a mantener la salud a los pacientes y a la población, a la vez que buscan la satisfacción del trabajo bien hecho, en particular, lógicamente, cuando se trata de ayudar a los pacientes o de promocionar la salud entre la población. Lo más destacable de este estudio es que las políticas públicas de asignación de recursos para esos cometidos,²⁵ la realimentación del profesional con los resultados y la comparación con sus pares son estímulos de mejora. Por consiguiente, se demuestra que existen métodos no económicos y de gran fuerza de estímulo profesional. Un ejemplo muy próximo es el programa VINCAT²⁶ de Cataluña.

Estos autores aportan una nueva consideración sobre los complementos retributivos, puesto que consideran que los incentivos pueden constituir un freno a la cultura del «más es mejor».

Los médicos son presionados para que gasten más desde diferentes ángulos, a saber:

²³ MAXWELL, B. G.; WONG, J. K.; MILLER, D. C. y LOBATO, R. L. «Temporal Changes in Survival after Cardiac Surgery are Associated with the Thirty-day Mortality Benchmark», *Health Services Research*. Octubre de 2014; 49(5): págs. 1659-1669. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24713085>.

²⁴ BERENSON, R. A. y RICE, T. «Beyond Measurement and Reward: Methods of Motivating Quality Improvement and Accountability», *Health Services Research*. Diciembre de 2015; 50 Supl. 2: págs. 2155-2186. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26555346>.

²⁵ Véase Documento de la Plataforma 10 minutos, referencia 17 y la respuesta de la Comisión Deontológica.

²⁶ Vigilància Infecció Nosocomial a Catalunya.

- 1) La presión de los pacientes, a menudo espoleados por la publicidad, por los modelos sociales (deportistas, prensa del corazón, etc.), por el llamado peligro moral de los seguros o por la cultura de consumo.
- 2) El imperativo tecnológico, que condiciona al profesional: «Dar al paciente lo mejor», tecnológicamente hablando, siempre dentro del estado del arte de la medicina.
- 3) La medicina defensiva y la medicina de complacencia, que, muchas veces, se practican para recopilar argumentos en caso de demanda judicial.
- 4) La investigación, que publica los resultados, enfatizando sobre todo los positivos.
- 5) Las técnicas comerciales de los vendedores de productos sanitarios o de medicamentos.

Y los incentivos pueden ser una herramienta útil para moderar estas presiones, como se verá más adelante al analizar los efectos positivos y negativos de los incentivos.

2.1.1.4.1. Los complementos de retribución variable

El segundo pilar de los incentivos son los complementos de retribución variable.²⁷ Esta retribución se consigue cuando se alcanza un nivel predeterminado de actividad o de calidad. Pero aunque sean incentivos para el aumento de esta, no está claro que consigan un incremento sustancial de la calidad global, que, además, es difícil desligarlo de la mejora de calidad atribuible al resto de los profesionales y al entorno. Sin embargo, junto a los efectos sobre la calidad, aparecen otros no deseados, como ocurrió con el QOF del Reino Unido, por ejemplo, donde incentivaron la accesibilidad y, como efecto indeseado, se produjo una pérdida en la continuidad asistencial. Para evitar que esto ocurra se deben aplicar correctores. Este tipo de incentivos de retribución variable contempla varios parámetros:

- 1) La periodicidad, que suele ser anual.
- 2) La evaluación, para la que se utilizan, principalmente, cuatro grupos de indicadores:

²⁷ SCOTT, A.; SIVEY, P.; AIT OUAKRIM, D.; WILLENBERG, L.; NACCARELLA, L.; FURLER, J. y YOUNG, D. «The Effect of Financial Incentives on the Quality of Health Care Provided by Primary Care Physicians», *The Cochrane database of systematic reviews*. 7 de septiembre de 2011; 9: CD008451. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21901722>.

- a) La calidad asistencial, que usa datos obtenidos de la historia clínica informatizada. Por ejemplo, cuándo fue la última vez que se midió la tensión arterial, o con qué periodicidad se realiza el seguimiento de las complicaciones de la diabetes mellitus o la evolución de la lipemia o del peso.
 - b) El perfil de la prescripción farmacológica, que, a su vez, considera la calidad de la prescripción y la relaciona con la facturación. La prescripción farmacéutica es una de las partidas presupuestarias que más ahorro ha conseguido.
 - c) El perfil de las solicitudes de exploraciones complementarias como, por ejemplo, las pruebas de imagen.
 - d) El cuarto grupo incluye los incentivos cuyo objetivo es valorar la gestión de recursos por parte del profesional. Por ejemplo, la disminución de la estancia media del paciente hospitalizado, el número de reingresos o el tiempo de demora en conseguir cita en la consulta del médico o de la enfermera.
- 3) La adecuación de los complementos de retribución variable depende del tipo de centro sanitario en el que se deben aplicar: si se refieren a los centros de asistencia ambulatoria u hospitalaria, ya que deben elaborarse a partir de las características y las necesidades de cada institución. En los ambulatorios, por ejemplo, los indicadores de vacunación infantil para el área pediátrica, o de vacunación antigripal en las residencias de ancianos para los médicos de familia, y, en la asistencia hospitalaria, el seguimiento de protocolos para el paciente hospitalizado o el uso de innovaciones tecnológicas, como, por ejemplo, la prescripción farmacéutica informatizada.
 - 4) La oportunidad de la promoción de una práctica determinada, la periodicidad de revisión y el rango estadístico. Por ejemplo, relacionar el complemento con la vacunación infantil teniendo en cuenta las variaciones en la tasa de vacunados: si esta disminuye, se aumenta la promoción, y, con ella, el incentivo, y, una vez alcanzada la tasa deseada, se mantiene el incentivo para que no decrezca, o se abandona hasta que la tasa disminuya de nuevo.
 - 5) La participación del grupo de profesionales «diana de los incentivos», a través de comisiones específicas formadas por representantes de los profesionales y de los gestores, fomenta la corresponsabilización y aproxima los objetivos a quienes los han de lograr.
 - 6) La cuantía del complemento debe estar fijada antes de su aplicación y ha de ser proporcional al salario y al esfuerzo para que no desvirtúen la labor del profesional.
 - 7) El período de aplicación del complemento debe establecerse con anterioridad a su aplicación, es decir, no debe ser retrospectivo, ya que perdería su

razón de ser y, en ese caso, se transformaría en un regalo, que, como se ha dicho antes, es graciable y no tiene por qué ser justo.

- 8) El aumento de la carga de trabajo administrativo que suele conllevar para el médico y el sobrecoste económico en cuanto a personal.

2.1.1.4.2. Ejemplos de distintos países

Los complementos de retribución variable han sido introducidos en las modalidades de pago de diferentes países con la idea de mejorar la retribución de los médicos y, al mismo tiempo, conseguir una mayor implicación de los profesionales en la atención de los pacientes, para reducir las diferencias en la asistencia debidas a las condiciones socioeconómicas, para controlar los costes y también para conseguir una mayor implicación de los pacientes en su propia atención.

2.1.1.4.2.1. Consulta de la Plataforma 10 minuts a la Comisión Deontológica del COMB y respuesta

El documento de consulta que los médicos de la Plataforma 10 minuts presentaron ante la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Barcelona en referencia al complemento retributivo variable para el año 2007 del Institut Català de la Salut, junto con la respuesta de la Comisión, constituyen un caso paradigmático, porque muestra muchos de los problemas de los complementos de retribución variable que se han detallado en el apartado anterior. Ambos documentos pueden ser consultados en la dirección electrónica, y la respuesta de la Comisión también, en el portal del COMB.²⁸

Este documento, redactado para solicitar el amparo de la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Barcelona, es un alegato de los médicos de familia de diferentes centros de atención primaria frente a algunos aspectos del complemento retributivo del Institut Català de la Salut del año 2007. Los autores reconocen en el documento cuatro grupos de incentivos que les crean problemas de conciencia, porque para conseguir el objetivo, fomentan, según los miembros de la Plataforma, prácticas profesionales contrarias a las normas deontológicas o promocionan la adulteración de los datos o de los resultados.

²⁸ https://www.google.es/search?q=complement+retributi+variable+de+l%27institut+catal%C3%A0+de+la+salut+2007&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b-ab&gfe_rd=cr&ei=H6zNV7WFOLOp8wf2vJq4DQ (consultado el 05-09-2016).

Es muy significativo que este documento se dirigiese a la Comisión Deontológica del COMB. Estos son los cuatro grupos de incentivos:

- 1) Los que pueden perjudicar una buena práctica clínica: el incentivo sobre la accesibilidad cuando no tiene en cuenta a la población asistida o la frecuentación, entendida como el número de veces que se ha utilizado un servicio médico. Este indicador puede generar:
 - a) Que los gestores maquillen los datos para atenuar las disparidades manifiestamente injustas.
 - b) Medidas organizativas para que no se detecten diferencias.
 - c) Una reducción del tiempo dedicado a cada visita sin tener en cuenta el tiempo real necesario.
- 2) Los que no contribuyen a una buena relación asistencial:
 - a) Medicación recetada por otro profesional, que delega o traslada la responsabilidad de prescripción y seguimiento al médico de familia.
 - b) En estos casos se generan tensiones entre el médico de familia y el otro profesional cuando no están de acuerdo, y con el paciente cuando se intenta cambiar el tratamiento.
- 3) Los que afectan a la toma ética de decisiones:
 - a) El gasto máximo asumible. Es un incentivo grupal, establecido a partir del consumo histórico en farmacia y que solo se percibe si no se supera dicho marco de referencia. Este incentivo no considera la idoneidad ni la calidad de la prescripción.
 - b) Los que afectan a la calidad de la prescripción: existencia de una lista de fármacos que penaliza el uso de los que no están en ella sin que se permita justificar la prescripción basándose en la morbilidad de los pacientes o en la idoneidad de una prescripción alternativa.
 - c) Los precios de referencia son un indicador que prioriza la concentración de prescripciones en cuatro fármacos pertenecientes a otros tantos grupos farmacológicos (un inhibidor de la bomba de protones, un inhibidor de la recaptación, una estatina y un bifosfonato). A mayor dispersión de la prescripción respecto a los cuatro de referencia, menor cumplimiento del indicador.
- 4) La incapacidad laboral transitoria. La evaluación de este indicador es individual y grupal.
 - a) A partir de una curva de normalidad expresada en percentiles, se evalúa el número y la duración de las bajas laborales otorgadas por un médico.
 - b) La evaluación grupal no está bien definida.

Después de analizar individualmente los incentivos descritos, los autores del documento realizan cuatro preguntas a la Comisión:

- 1) Si los médicos de atención primaria pueden asumir los indicadores de accesibilidad, incapacidad laboral, gasto máximo asumible y precios de referencia.
- 2) En caso negativo, cuál ha de ser la conducta deontológica del médico de atención primaria ante esta cuestión.
- 3) En caso de que el Institut Català de la Salut (ICS) no se avenga a acordar con los profesionales implicados el complemento de retribución variable del próximo año, cuál será el amparo del colegio profesional.
- 4) Cuál ha de ser la conducta del médico en relación con la medicación inducida (ver apartado anterior) mientras no se solventa el problema.

Las conclusiones generales de este documento de consulta son muy ilustradoras, ya que destacan algunos de los requisitos que deben cumplir los incentivos desde el punto de vista de los profesionales:²⁹

El documento de 2007 tiene defectos de fondo y de forma que lo alejan de su propósito fundamental: ser una herramienta para ilusionar al médico clínico, favorecer la buena praxis, las buenas decisiones clínicas, y un ambiente de equipo, pero, sobre todo, en la relación con los pacientes, presidida por la confianza y los valores de integridad profesional [...].

En un escenario de recursos limitados en relación con la demanda, no puede haber equidad sin eficiencia; por lo tanto, ética y eficiencia son interdependientes. Es la ética del bien común.

La respuesta de la Comisión Deontológica a la consulta de la Plataforma 10 minuts contiene una serie de consideraciones previas. Reagrupa y argumenta sobre los problemas planteados, contesta a las preguntas expuestas en el documento y, en un último apartado, realiza consideraciones más generales. De todo ello se van a destacar y comentar solo algunos aspectos y, al final de cada uno de ellos, se extraerán unas conclusiones.

- 1) Definición. La Comisión afirma que el complemento de retribución variable no es una norma de obligado cumplimiento y, por lo tanto, la adhesión y la aplicación son voluntarias y no tienen por qué ser universales: la adhe-

²⁹ Traducción del autor.

sión o la aplicación puede ser parcial a unos elementos sí y otros no, o en algunas circunstancias sí y en otras no, y la remuneración que genera puede ser porcentual.

- 2) Adhesión al documento. La Comisión considera un acto testimonial la no adhesión al documento, aunque reconoce que las pérdidas retributivas son obvias. Entre los que sí se adhieren a la propuesta, la consecuencia de no conseguir los objetivos se traduce en:
 - a) Una pérdida económica.
 - b) Cuando el objetivo es grupal, origina tensiones entre los profesionales.
 - c) Cuando la auditoría evaluadora no es neutral y transparente, se genera desconfianza y tensión entre los profesionales.
- 3) Relación entre salario e incentivo. La Comisión considera que los incentivos no han de justificar un salario insuficiente, pero no dice, y cobra todo su sentido añadirlo, que proporciona a la empresa un doble instrumento de presión:
 - a) Sobre el profesional, ya que a cambio obtiene una retribución.
 - b) Entre los propios profesionales, por la pérdida que puede suponer la actitud de los compañeros o porque se considere que no todos aportan por igual.
- 4) Cumplimiento del objetivo:
 - a) La Comisión acepta que, en los objetivos de aplicación individual, el no cumplimiento significa una pérdida de remuneración. Esa afirmación no separa éticamente las posibles actitudes y equipara a quien no lo hace por desidia (comportamiento negativo) y a quien no lo hace por convicción (que en algunos casos será una actitud heroica a tenor de lo que postula el documento de respuesta de la Comisión: «El buen profesional llevará a cabo su labor con independencia de haber firmado o no»). Y, del mismo modo, ante el cumplimiento del objetivo, se premia por igual a quien se deja llevar y a quien cree con firmeza en ello.
 - b) Al no hacer la Comisión una distinción ética, en los incentivos de aplicación grupal, los que no cumplen castigan a los que cumplen, y estos generan ingresos extras frente a aquellos. En consecuencia, se generarían tensiones entre profesionales.
- 5) Obligación de equidad. Los médicos son generadores de gasto en salud y, por ello, deben contribuir en la administración de esos recursos y concurrir en la equidad.
- 6) Evaluación y elaboración. Atendiendo a las implicaciones retributivas, tanto el marco de aplicación como el de evaluación, deben ser de una legiti-

midad incuestionable. Los objetivos deben elaborarse mediante acuerdo entre la gestión y los trabajadores, según la Comisión.

- 7) Incentivos. La accesibilidad a la asistencia sanitaria es de importancia capital, porque se refiere a la facilidad para franquear la puerta de la atención sanitaria.
 - a) En el caso de la incapacidad laboral, la respuesta de la Comisión plantea que condicionar el número y la duración de las bajas por incapacidad a percibir una retribución puede minar la confianza en el médico y desautorizarlo moralmente, además de añadir conflictividad a la RMP.
 - b) Lo realmente sorprendente, sin embargo, es que la respuesta de la Comisión incluya la siguiente frase: «És clar que el malalt no té perquè saber de l'existència d'aquest objectiu».³⁰
 - c) Los problemas éticos que suscita esta respuesta son elocuentes: ¿cómo justificar un objetivo y una retribución opacos? Aceptar este planteamiento da pie a la existencia de intereses ocultos e ignorados, o lo que podría ser peor, a presiones secretas, dado que, además, como se sabe, los incentivos son un elemento de presión, pretenden modificar la conducta del profesional y los hábitos de prescripción o de diagnóstico.
- 8) Necesidad de establecer un marco ético. El documento de respuesta acierta al plantear que resulta necesario establecer una ética de mínimos, que enmarque a la autoridad sanitaria, al sistema sanitario y a los centros proveedores, porque si no existe ese marco ético, se recurre a criterios deontológicos que solo están bien establecidos para la práctica profesional individual. Sin duda, se debería explicar qué es una ética de mínimos en este caso, y, de todas maneras, se tendría que considerar si los médicos (o la sociedad) se deben conformar con una ética de mínimos.
- 9) Y, por último, la respuesta acierta al darse cuenta de que los incentivos no han de ser simplemente económicos, puesto que el tiempo sabático, el prestigio o la autoridad profesional constituyen también unos incentivos potentes.

Una vez analizada la respuesta de la Comisión, se puede extraer una serie de conclusiones. Una de ellas, de hondo calado, es que, con la respuesta de la Comisión, que afirma que el profesional ha de obedecer a su conciencia, se traslada la responsabilidad moral al médico y se exime a la empresa. O dicho de otra manera, la responsabilidad ética no es de qué es lo que se plantea como

³⁰ «Está claro que el enfermo no tiene por qué conocer la existencia de este objetivo» (traducción del autor).

objetivo sujeto a incentivos, sino de quién acepta ese incentivo, de lo cual se desprende que los complementos de retribución variable no han sido creados para promover comportamientos virtuosos, sino para conseguir resultados económicos o de otro tipo por ambas partes (empresa y profesional).

Siempre que no se produzca deterioro en la calidad asistencial, el médico debe contribuir a la administración de los recursos y a la equidad, aunque no esté en su mano administrar el ahorro de recursos que genera ni participar de manera directa en la gestión o adjudicación de esos recursos ahorrados. Y se le retribuye por contribuir al ahorro.

La asignación de los complementos plantea el problema de la neutralidad de la evaluación y del evaluador. Pero no cuestiona los objetivos del incentivo, y la participación de los gestores y de los profesionales en la elaboración del programa de incentivos no garantiza la calidad de los objetivos.

En la atención sanitaria, la promoción de la continuidad sobre la accesibilidad³¹⁻³² se plantea como un falso dilema, ya que no son conceptos jerárquicamente iguales: la accesibilidad debe engranarse dentro de la continuidad, salvo en las situaciones de urgencia, aunque incluso en esos casos lo más adecuado es intentar mantener la continuidad. A través de los complementos de retribución variable, el Institut Català de la Salut opta por la accesibilidad en detrimento de la continuidad.³³ Desde esa perspectiva, incentivar la facilidad de acceso, es decir, hacer que las listas de espera sean lo más cortas posible, con un complemento parece justificado. Ahora bien, la facilidad de acceso no depende tan solo del profesional, cuya disponibilidad y cuya carga de trabajo se pueden medir, sino también, y sobre todo, se necesita que la organización provea al servicio con los medios necesarios. Cuando no se da esta última circunstancia, cabe preguntarse si debe proponerse el incentivo de accesibilidad y bajo qué condiciones debe aceptarse, si como algo excepcional o de transición. Y también es legítimo cuestionarse si se debe someter al profesional a la presión de que renuncie a su conciencia o a una retribución, por un lado, o si el complemento premia el sobreesfuerzo o castiga la conciencia del profesional, por otro.

³¹ BENETT, I. J. «Editor's Choice. Access, Continuity or Both», *British Journal of General Practice*. Agosto de 2014; 64 (625): págs. 388–389. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25071035>.

³² ROGERS, S.; GILDEA, C.; MEECHAN, D. y BAKER, R. «Access, Continuity of Care and Consultation Quality: which Best Predicts Urgent Cancer Referrals from General Practice?», *Journal Public Health*. Enero de 2014; 36 (4): págs. 658–666. Se puede consultar en: <https://academic.oup.com/jpubhealth/article/36/4/658/1531399/Access-continuity-of-care-and-consultation-quality>.

³³ Todo paciente que necesita atención médica podrá recibirla, pero no se le garantiza que pueda atenderlo siempre el mismo profesional.

Si para distribuir con justicia los beneficios del complemento deben maquillarse los datos de accesibilidad, como plantea el documento de la Plataforma 10 minuts, está claro que este complemento se convierte en pernicioso, excepto que se estén financiando las horas extras como si fueran complementos de retribución variable.

2.1.1.4.2.2. Ejemplo del Reino Unido: Quality and Outcomes Framework

En el Reino Unido, en 2004, se puso en funcionamiento el Quality and Outcomes Framework (QOF), que desarrolla un programa nacional de complemento de retribución variable. Se trata de un programa de puntos, que se obtienen mediante la colaboración y el compromiso del médico, y que incluye diferentes grandes áreas de actuación a las que se denomina dominios. Cada una de ellas se subdivide en distintas subáreas, que puntúan a través de indicadores específicos. El número de dominios y el de subáreas ha cambiado desde que se inició el programa, y, en consecuencia, los puntos totales que se pueden obtener. Al principio, la cantidad máxima era 1.000 puntos, y en la última revisión de marzo de 2016 el máximo se ha establecido en 559. El programa se ha ido revisando a lo largo de sus doce años de vida, pero en la actualidad está en crisis³⁴ y se buscan alternativas, como los círculos de calidad que se están probando en Escocia.³⁵

Los dominios que el QOF incluyó al comienzo del programa fueron los siguientes:

- 1) Dominio clínico con 96 indicadores, distribuidos en 22 subáreas clínicas (ejemplos: HTA, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, etc.), y que proporciona un máximo de 669 puntos. Los indicadores proporcionan información sobre la atención de la salud de los pacientes.
- 2) Dominio organizativo, con 42 indicadores, distribuidos en 6 subáreas que proporcionan información acerca de la organización que atiende a los pacientes: registros e información, comunicación, educación, calidad y pro-

³⁴ ROLAND, M. y GUTHRIE, B. «Quality and Outcomes Framework: What Have We Learnt?», *BMJ* (Clinical research ed.). 4 de agosto de 2016; 354(14): i4060. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27492602>.

³⁵ Los círculos de la calidad los forman grupos de voluntarios de empleados de una empresa. Son grupos poco numerosos, que se reúnen, en general, o para buscar soluciones a problemas relacionados con sus áreas de trabajo o para mejorar algún aspecto.

ductividad, y gestión de la práctica clínica y de los fármacos. Proporciona un máximo de 254 puntos.

- 3) Experiencia con los pacientes, con un indicador relacionado con la duración de las consultas. Proporciona un máximo de 33 puntos.
- 4) Servicios adicionales, con 9 indicadores, distribuidos en 4 subáreas: despistaje del cáncer cervical, vigilancia de la salud infantil, servicios a la maternidad y servicios a la contracepción. Proporciona un máximo de 44 puntos.

En su momento, este programa fue innovador, casi revolucionario, porque incluía dos aspectos que hoy se consideran fundamentales: el organizativo y la experiencia de los pacientes. A partir de 2015 se ha simplificado: el número de dominios es 3 y el de indicadores, 81.

- 1) Indicadores clínicos: el dominio comprende 69 indicadores en 19 áreas clínicas y proporciona un máximo de 559 puntos. Ejemplos de áreas clínicas: hipertensión, enfermedad renal crónica o insuficiencia cardíaca.
- 2) Salud pública: en el dominio se han incluido 4 áreas que generan siete indicadores. Se promociona la actividad preventiva: presión arterial, enfermedad cardiovascular, obesidad (mayores de 16 años), fumadores (mayores de 15 años). El máximo de puntos generado es de 97.
- 3) Servicios adicionales en salud pública: el dominio consiste en 5 indicadores que generan un máximo de 27 puntos y atiende dos servicios: cribaje de cáncer cervical y contracepción.

El programa analiza la consulta del médico desde puntos de vista muy distintos y amplios, ya que contempla un gran número de indicadores en cada una de las perspectivas citadas. El programa puntúa la actividad del profesional de manera global y particular de acuerdo con un grupo de enfermedades crónicas, la medicina preventiva, los cuidados intermedios, como el control de la presión arterial o la vigilancia del pie diabético, o los cuidados paliativos, entre otras muchas. La elección de esas patologías, y no otras, de esas actividades preventivas o de indicadores de tratamiento se debe a que son comunes, relevantes desde el punto de vista clínico o por su interés para la salud pública. Compara, además, la actividad de un profesional con el resto de los profesionales del área donde trabaja aquel y con la media de profesionales del Reino Unido. El programa ajusta los resultados al área donde está radicada la consulta a partir de la carga de trabajo, las características demográficas y la prevalencia de enfermedades crónicas. No obstante, está diseñado para pacientes con

una única enfermedad, por lo que la atención a los pacientes pluripatológicos necesita ajustes especiales, que se han ido aplicando poco a poco desde su implantación.

Sin embargo, persisten algunos desajustes, el programa beneficia a las consultas con mayor actividad, castiga a las que tienen una actividad menor y representa una carga administrativa elevada. El QOF ha introducido tres innovaciones importantes:

- 1) Ha mejorado la recopilación de datos.
- 2) Se divulga públicamente la información sobre calidad asistencial, y puede llegar a todos los que poseen los medios técnicos y culturales para entenderla.
- 3) Ha introducido el pago por resultados a gran escala; de hecho, el mayor del mundo.

El portal web³⁶ permite buscar un profesional, ver y desglosar los resultados de la puntuación en la escala de cada médico, comparar con otros profesionales de la zona, encontrar las explicaciones sobre lo que ofrece el sitio y exportar datos. Los datos que se recogen están agregados, no se encuentra información de un paciente concreto y solo refleja la información que se recaba.

El programa es transparente, ya que muestra la puntuación de los médicos que participan en él y es accesible a través de la página web para todos aquellos que poseen la capacitación tecnológica para consultarla. Al acceder a un área geográfica se detalla la relación de todos los médicos de familia que ejercen en esa zona y están en el programa. En la lista se puede seleccionar un médico o una consulta médica, lo cual permite acceder a los resultados de la puntuación de las diferentes áreas y subáreas, y la compara con la media nacional. Este programa trasciende los incentivos, ya que ofrece al paciente:

- 1) El acceso a los diagnósticos que trata el profesional.
- 2) La evaluación de la actividad de la consulta.
- 3) La relación de estos datos con otros de referencia local o nacional.
- 4) El programa conserva los datos de los años anteriores, con lo cual la evaluación se puede plasmar en una gráfica temporal, que describe los cambios en la pericia de las consultas y las compara con otras.

La aplicación del QOF ha sido beneficiosa desde múltiples perspectivas:

³⁶ Véase <http://www.qof.hscic.gov.uk/search/> (consultado el 20-6-2017).

- 1) Aceleró la modernización de las consultas médicas, porque obligó a informatizarlas (para poder recabar la información).
- 2) Obligó a unificar la recopilación de datos, lo cual supuso un incremento del gasto de administración por la incorporación de nuevo personal administrativo de la consulta para llevar a cabo las tareas que exige el programa.
- 3) Se crearon herramientas informáticas específicas para el seguimiento de los pacientes.
- 4) Conllevó un trabajo previo a la implantación para que los indicadores estuvieran disponibles mucho antes de la puesta en marcha, para garantizar un buen conocimiento del programa y alcanzar la adhesión de los profesionales.
- 5) Ha constituido una mejora importante en la retribución de los médicos, ya que puede llegar a incrementarla hasta en un 20 %.

El programa se ha mantenido vivo y dinámico, y se ha seguido actualizando: se han eliminado o modificado indicadores por falta de seguimiento o porque la implementación constituía un problema.

Este programa no solo implica incentivos, sino que también se comporta como un incentivo en sí mismo, ya que ofrece la información que puede hacer que un paciente escoja una consulta y no otra, y la consiguiente recompensa del profesional por el posible aumento de los pacientes que acuden a su consulta. Además, ofrece dos ventajas adicionales:

- 1) Proporciona información al paciente para escoger al profesional a partir de los datos objetivos de la consulta.
- 2) Promueve la competencia entre profesionales, pero con un elemento clave, y es que todos pueden obtener la máxima puntuación.

Ahora bien, este programa de incentivos contempla sobre todo la retribución de la atención a pacientes con una única condición nosológica y no resuelve, pues, el problema sobre cómo retribuir la atención de los pacientes pluripatológicos. El número de estos pacientes va a seguir creciendo, debido al envejecimiento de la población y al aumento de supervivencia frente a enfermedades antes mortales, como, por ejemplo, algunos tipos de cáncer.

En 2016, el programa entró en crisis, y para explicarla se han publicado diversos artículos que analizan los años en los que estuvo funcionando. En el *British Medical Journal*, Martin Roland y Bruce Guthrie publicaron un artículo donde se analiza el programa. Los autores se preguntan cuatro aspectos relacionados entre sí:

- 1) Si el QOF ha contribuido a mejorar la calidad asistencial.
- 2) Si ha tenido algún efecto perverso y ha invitado a los médicos a hacer trampa para percibir una remuneración mayor.
- 3) Qué ha funcionado mal en el programa para que se esté optando por abandonarlo.
- 4)Cuál es el camino que debe seguirse a partir de este momento.

El programa nació porque se aunaron la necesidad de actualizar los sueldos de los médicos de cabecera y el cambio de actitud gubernamental acerca del pago por resultados, o, dicho de otra forma, el pago por objetivos de calidad asistencial. La reflexión inicial no parece que fuese moral, es decir, que el punto de partida fuese el reconocimiento de los valores de la profesión y de las necesidades de los pacientes y la justa recompensa a ese reconocimiento, sino más bien, una reflexión instrumental: dinero a cambio de calidad. La elección de los objetivos, que voy a denominar indicadores clínicos, siguiendo a dichos autores, no se realizó de manera arbitraria o caprichosa, sino basándose en la evidencia científica para conseguir rigor metodológico y adhesión de los médicos. El planteamiento inicial fue ambicioso, porque incluía dos aspectos novedosos y potencialmente generadores de grandes cambios:

- 1) Indicadores sobre la organización: historia clínica, información al paciente, educación y formación, y gestión de la consulta y de los tratamientos.
- 2) El análisis de la experiencia de los pacientes a través de encuestas y ofreciendo visitas de, como mínimo, diez minutos.

La primera enseñanza del programa se refiere al coste administrativo para ponerlo en marcha y mantenerlo al día, ya que implica la recopilación y la actualización de datos demográficos y clínicos de los pacientes, así como de los resultados de las intervenciones médicas. Las consultas médicas más ricas, es decir, las que tienen un número de pacientes mayor y, por consiguiente, mayores ingresos económicos, tal vez porque disponen de más recursos administrativos, resultaron más beneficiadas con la implantación de este programa que las consultas más pobres. Una primera conclusión ya conocida es que la calidad tiene un coste.

La introducción de un apartado que permitía la exclusión discrecional de ciertos pacientes por diversas razones fue una de las medidas más solicitadas por los profesionales y, por lo tanto, una medida necesaria para asegurar la aceptación del programa. Pero esta medida implicó cierto recelo, ya que podía verse como una puerta para engañar a los auditores y mantener a un grupo de la población fuera del campo de auditoría sin que afectase a la consecución del

objetivo y no penalizase económicamente a la consulta. Pero a pesar del recelo inicial, el porcentaje de excepciones se ha mantenido estable, alrededor del 5 %, y apenas ha variado a lo largo de los años.

Logros del programa QOF:

- 1) La mejora de la calidad, observada después del inicio del programa, fue moderada, debido a que ya existían programas de calidad previos, se audita las consultas y se evaluaba a los médicos.
- 2) Desde el inicio del programa se ha observado una disminución de las desigualdades en la atención sanitaria entre las áreas deprimidas socioeconómicamente y las que no lo son.
- 3) El número de ingresos a través de urgencias de los pacientes, con entidades clínicas incluidas en el programa, disminuyó, pero sin que, al parecer, afectase a la mortalidad.
- 4) Una consecuencia negativa del programa ha sido la dificultad de que el paciente sea atendido por el profesional de su elección, dado que el foco de atención se centró en incentivar la accesibilidad antes que la continuidad.
- 5) Desde el punto de vista clínico, además de no recompensar adecuadamente la atención a los pacientes pluripatológicos, el programa se enfrenta a la dificultad de codificación de las entidades clínicas mal definidas, con lo cual quedan fuera del programa y, a veces, desatendidas.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se plantean varias cuestiones:

- 1) La más relevante es saber qué ocurrirá con la calidad asistencial cuando se eliminen los incentivos económicos.
- 2) Como el coste que ha representado el programa para el Reino Unido es de unos mil millones de libras esterlinas/año y el número de incentivos activos por año ha sido necesariamente limitado, ya que los recursos también lo han sido, y como, asimismo, una vez los objetivos principales han alcanzado un techo, la mejora siguiente suele ser marginal, cabe plantearse si la rentabilidad del rendimiento justificará la inversión y el programa perderá interés. Tal vez sea lo que está pasando.

4.1.1.4.2.3. La experiencia de los Países Bajos

A finales de la primera década del siglo XXI, en los Países Bajos se introdujo una nueva forma de pago de la atención médica con la creación de los grupos de

cuidados que atienden de manera ambulatoria una o varias enfermedades crónicas y cobran una forma de capitación por la atención integral a esa patología. Estos grupos son entidades legales, en su mayoría constituidas por médicos de familia, y su creación incluye varias novedades. La primera es fomentar la participación directa de los pacientes en el funcionamiento del grupo. La segunda novedad estriba en que la actividad concertada es la atención a una o varias enfermedades crónicas, no el cuidado global de la salud, es decir, que un paciente será atendido por el grupo porque padece esa enfermedad crónica y no otras patologías. La colaboración entre los distintos proveedores deja de ser voluntaria, ya que todos atienden a los pacientes que forman parte del grupo. Y, por último, otra novedad es que la negociación para la financiación se produce a nivel regional, que es donde actúan los grupos de cuidados y estos, a su vez, negocian con proveedores locales, que son los responsables últimos de la asistencia.³⁷

La primera experiencia con esta forma de pago tuvo lugar con la diabetes mellitus tipo II y más tarde se incluyó la atención a otras enfermedades crónicas, como la EPOC.³⁸ Esta modalidad de retribución no es propiamente un incentivo ni un pago por acto, sino que se parece más a un pago por capitación, y los objetivos son la mejora de la calidad de la asistencia y la contención del gasto. La atención la prestan, en general, varios médicos de familia, que la dirigen y se ocupan del control metabólico y de la vigilancia de las complicaciones mediante un programa cuyo estándar se establece con anterioridad entre todos los implicados (proveedores sanitarios, asociaciones de pacientes, sociedades científicas, etc.). Estos grupos perciben una retribución por los cuidados integrales que dispensarán y cada grupo la negocia de manera individual con las aseguradoras médicas, pero luego puede subcontratar con otros profesionales los aspectos de la atención que crea conveniente, o dedicar parte de los recursos, por ejemplo, a la educación de los pacientes. El contrato especifica cuáles son las obligaciones de asistencia del grupo (las visitas para el cuidado de los pies, por ejemplo), audita los resultados (por ejemplo, el control glicémico mediante la hemoglobina glicosilada) y necesita instrumentos de registro para medir el cumplimiento.

La introducción de este sistema de pago ha tenido un impacto positivo y negativo:

³⁷ DE BAKKER, D. H.; STRUIJS, J. N.; BAAN, C. B.; RAAMS, J.; DE WILDT, J. E.; VRIJHOEF, H. J. y SCHUT, F. T. «Early Results from Adoption of Bundled Payment for Diabetes Care in the Netherlands Show Improvement in Care Coordination», *Health Affairs*. Febrero de 2012; 31(2): págs. 426-433. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22323174>.

³⁸ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

- 1) La provisión de cuidados a los pacientes diabéticos ha mejorado probablemente en relación con la autoorganización y con una mayor coordinación dentro del grupo, y también porque ha disminuido la fragmentación de la asistencia.
- 2) Esta nueva organización rompe las barreras entre especialidades, gracias a un sistema de pago que considera la atención al paciente diabético como un producto único, y así se factura. Un paciente diabético recibe asistencia por su médico de familia, un endocrinólogo, un farmacéutico, un cirujano vascular (complicaciones vasculares), un nefrólogo (complicaciones renales), un oftalmólogo (complicaciones retinianas), un neurólogo (polineuropatía diabética), un internista, un especialista de laboratorio, un nutricionista, un podólogo (prevención del pie diabético) y un fisioterapeuta. En el sistema tradicional, cada uno de estos profesionales percibía sus emolumentos por separado y el trabajo en común era discrecional. Con el nuevo sistema de organización y pago, todos ellos forman parte del grupo de cuidados y, por eso, es mucho más fácil el trabajo colaborativo.
- 3) El registro de ciertos aspectos concretos de la asistencia (revisión oftalmológica, visitas al podólogo, marcadores bioquímicos del buen control de la enfermedad, etc.) es obligatorio, lo que ha repercutido en la transparencia de la actividad y de los cuidados.
- 4) Como en el caso del QOF inglés, se ha producido la mejora tecnológica de los despachos de los médicos y de la recopilación de los datos.

Sin embargo, al poco tiempo de su implantación, de igual manera que ha tenido efectos positivos, también han aparecido otros no deseados:

- 1) Conflictos de interés, ya que estos grupos de médicos de familia dominan el mercado, proporcionan los servicios y son los agentes responsables de que se inicie la actividad asistencial. En algunas regiones, el número de grupos de cuidados es muy pequeño, lo que tiene consecuencias en el precio del servicio (posición dominante, por ejemplo) y en la posibilidad de seleccionar a los pacientes.
- 2) Carga y complejidad administrativa y aumento de costes ligados a las nuevas tareas. La variabilidad de uso de los servicios.
- 3) Los pacientes tienen limitadas las posibilidades de elegir, porque una vez son atendidos por un grupo, entran dentro de una organización que previamente ya ha elegido con quién trabajar.
- 4) No está claro qué ocurre con otras enfermedades concomitantes. Son consultas casi monográficas, pero en la población anciana la prevalencia de una subpoblación con patologías múltiples es elevada, y puede darse el

caso de que un paciente se encuentre en más de un grupo, por ejemplo, diabetes mellitus y EPOC, con lo cual no se sabe a ciencia cierta si deberá ser atendido por dos grupos (el de diabetes y el de EPOC), o por uno que incluya a médicos más generalistas o de otras especialidades.

- 5) Al no estar especificado quién ofrece la asistencia, pueden producirse situaciones discriminatorias, por ejemplo, enfermeras que tienen encomendado dar consejos dietéticos en lugar de contratar a / concertar citas con dietistas.
- 6) Y, por último, es un sistema de pago y una organización centrados en la enfermedad y no en el paciente.

El programa empezó a funcionar en 2007, y en 2011 todavía no se podía ofrecer una lista de mejores resultados por varias razones:

- 1) El control de la enfermedad crónica ya solía ser bueno antes de la introducción de esta nueva modalidad de pago.
- 2) También habrá que estudiar si se desvían los gastos al exterior del grupo, lo cual puede maquillar los costes.³⁹ Por ejemplo, derivar la patología compleja al hospital.

La intención de esta reforma es múltiple. Por un lado, atender a una población en la que prevalecen la edad avanzada y las enfermedades crónicas, y, por otro, moderar el incremento de los costes. Al centrarse en una patología que afecta a diferentes órganos y necesita que se ajuste el estilo de vida (dieta, ejercicio físico, autocontroles, educación sobre la enfermedad, signos de alarma, monitorización, etc.), este sistema de pago obliga a los profesionales a coordinarse y a ofrecer una atención multidisciplinar, aunque dirigida. Y, por último, pero no menos importante, se pretende mejorar la calidad de la asistencia. Como se ha indicado antes, el análisis de estos resultados todavía está en curso, seguramente porque la introducción de la reforma es reciente.

No obstante, algunos autores como Lidwien C. Lemmens *et al.* se han hecho otras preguntas relacionadas con estos grupos⁴⁰ en el caso de los pacientes diabéticos:

³⁹ STRUIJS, J. N. y BAAN, C. A. «Integrating Care through Bundled Payments – Lessons from the Netherlands», *The New England Journal of Medicine*. 17 de marzo de 2011; 364(11): págs. 990-991. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21410368>.

⁴⁰ LEMMENS, L. C.; DE BRUIN, S. R.; STRUIJS, J. N.; RIJKEN, M.; NIJPELS, G. y BAAN, C. A. «Patient Involvement in Diabetes Care: Experiences in Nine Diabetes Care Groups», *International Journal of Integrated Care*. 15 de diciembre de 2015; 15: e044. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27118961>.

- 1) Si se ha conseguido una mayor implicación de los pacientes en el grupo y en la colectividad desde distintas perspectivas: participación en el diseño de las políticas de atención sanitaria, en la agenda de la investigación y/o en la planificación y la prestación de los servicios sanitarios.
- 2) Si una mayor implicación de los pacientes mejora la calidad y la accesibilidad (si esta es importante para el paciente) y colabora en la contención del coste.

Para responder sobre la implicación de los pacientes, han utilizado una encuesta y han distribuido los resultados de acuerdo con una escala de cinco elementos que conforman la participación desde el mínimo, puramente pasivo, hasta el máximo, en el cual el representante de los pacientes, de este u otro grupo, toma la decisión última. Los cinco escalones son los siguientes:

- 1) Primer escalón: la información. El paciente recibe la información sobre el grupo, sobre la participación de los proveedores sanitarios y sobre los servicios a los cuales tiene acceso. Esta información se suministra de diferentes maneras: a través de internet, escrita y, en algún caso, también se organizan reuniones anuales con los pacientes.
- 2) Segundo escalón: la consulta. Al paciente se le consulta a través de encuestas o en reuniones. El motivo de la consulta suele girar en torno a proyectos específicos que le afectan o sobre sus propias experiencias.
- 3) Tercer escalón: la opinión. En este nivel no solo se solicita la opinión del paciente, sino que también se tiene en cuenta. Algunos grupos piden opinión a los consejos de clientes, que forman parte de la estructura de la organización y que, además, aportan ideas e iniciativas. Un representante de los pacientes, dos o tres médicos de familia y un representante del hospital de referencia son los miembros de uno de esos consejos. En uno de estos grupos, por ejemplo, se preguntó al consejo de clientes cuál era el rol de los médicos especialistas en el programa de control de la diabetes.
- 4) Cuarto escalón: cocreación. Aquí, el paciente colabora de igual a igual, es un asociado más que participa en la elaboración de información escrita, la evaluación de los glucómetros o los cursos sobre diabetes.
- 5) Quinto escalón: el paciente participa en un consejo directivo y ejerce un voto final en la toma de decisiones.

En algunas regiones, además, los representantes de la compañía aseguradora, los de las asociaciones de pacientes y los del grupo colaboran regularmente en temas de autogestión y se realimentan con los comentarios de los pacientes.

Los resultados de la encuesta muestran que, en la mayoría de los casos, la implicación del paciente se sitúa en los dos primeros niveles, es decir, información y consulta. Al igual que en otros estudios internacionales, también existe una gran variabilidad de resultados, fruto del carácter discrecional de la participación y de la necesidad de formación para ejercer este papel.

Las consultas con una trayectoria más larga son las que más incorporan a los pacientes en la organización. Aunque en algunos casos el paciente participa de manera muy activa y de diversas maneras:

- 1) A través de representantes de los pacientes con formación específica.
- 2) Compartiendo proyectos con las asociaciones de pacientes.
- 3) Creando consejos de clientes con los representantes de los pacientes, o, incluso, dentro del consejo directivo.

Los grupos pueden emplear el dinero del presupuesto en lo que crean conveniente, incluida la educación sanitaria de los pacientes para participar en ellos. No obstante, todavía existen pocos estudios que analicen esta forma de organización y pago, por lo que no se puede asegurar que cumpla el propósito de mejorar la calidad de la asistencia ni que, a la larga, ayuden a contener el coste.

Aún no se sabe si la participación del paciente conllevará algún efecto indeseable, ya que los pacientes también están sometidos a presiones externas para crearles expectativas de tratamiento o de curación, o que pueden inducir a sobrediagnosticar y sobretratar.

2.1.1.4.2.4. El ejemplo de Estados Unidos

En Estados Unidos y en el Reino Unido también se han creado organizaciones similares a las de los Países Bajos en cuanto a los objetivos de calidad y contención del gasto, pero que también se proponen mejorar la salud de la población. Las Accountable Care Organisations (en adelante, ACO) estadounidenses y los Clinical Commissioning Groups británicos (en adelante, CCG) son organizaciones que no solo se comprometen en la atención individual, sino que también desean mejorar la salud de la población. Este efecto sobre la salud de la población también se ha observado en los QOF del Reino Unido. Las ACO son entidades que se responsabilizan de la calidad y del coste de la asistencia sanitaria de un grupo de pacientes. A diferencia de los grupos de cuidados holandeses, atienden la salud de una población, no solo a los afectados por una enfermedad

crónica, y no se ocupan solo de la práctica ambulatoria, sino que también incluyen la hospitalización. Estas organizaciones aceptan el riesgo ligado a los estándares de calidad establecidos en los presupuestos de la retribución. Dichos estándares incluyen mediciones de la calidad, la seguridad y los resultados, y permiten aumentar sensiblemente la retribución, que puede usarse de manera discrecional como una paga extra para el personal o para otros usos.

La puesta en marcha del programa ACO, al final de la anterior década, se ha acompañado de mejoras en el rendimiento y, como en el ejemplo holandés o con el QOF británico, una parte de la retribución se ha invertido en la infraestructura necesaria para seguir con ese incremento del rendimiento. En los tres casos citados, el holandés, el del Reino Unido y el estadounidense, los incentivos actúan como subvenciones para modernizar y actualizar las consultas, conseguir una mejor recopilación de datos y lograr un mayor seguimiento de los protocolos, aunque los objetivos de estas reformas son más amplios.

Estas nuevas organizaciones también han aportado otras novedades. La primera es que son los médicos, y no los gestores, los responsables del análisis de los datos sobre el patrón de uso de los servicios y de la práctica profesional. La segunda novedad es que son los médicos quienes gestionan la retribución extra y deciden si la emplean como un sobresueldo o la reinvierten. Como en la experiencia holandesa, estos grupos están formados por médicos, la mayoría de ellos de familia, pero en el caso estadounidense también médicos especialistas y, en menor medida, médicos de hospital. Una encuesta llevada a cabo por Stephen M. Shortell *et al.*,⁴¹⁻⁴⁴ publicada en 2014, muestra que un 40 %, aproximadamente, de los médicos estadounidenses se ha incorporado al grupo de los ACO y un 60 % no, y que, además, no pensaba hacerlo. El éxito de la reforma, a largo plazo, depende del número de adhesiones. Con los datos que aportan en el artículo, las entidades asociadas al programa ACO muestran mejores índices en la atención de las enfermedades crónicas, la seguridad clínica, la implicación de los pacientes y la promoción de la salud. Chris Ham y Pal

⁴¹ ADDICOTT, R. y SHORTELL, S. M. «How Accountable Care Are Accountable Care Organizations?», *Health Care Management Review*. 2 de enero de 2014.

⁴² SHORTELL, S. M.; MCCLELLAN S. R.; RAMSAY, P. P.; CASALINO, L. P.; RYAN, A. M. y COPELAND, K. R. «Physician Practice Participation in Accountable Care Organizations: the emergence of the unicorn», *Health Services Research*. Octubre de 2014. 49(5):1519-1536.

⁴³ COLLA, C. H.; LEWIS, V. A.; SHORTELL, S. M. y FISHER, E. S. «First National Survey of ACOs Finds Physicians Are Playing Strong Leadership and Ownership Roles», *Health Aff (Millwood)*. Junio de 2014. 33(6): 964-971.

⁴⁴ SHORTELL, S. M.; WU, F.; LEWIS, V. A.; COLLA, C. H. y FISHER, E. «A Taxonomy of Accountable Care Organizations for Policy and Practice», *Health Services Research*. Diciembre de 2014, 49(6): 1883-1899.

Zollinger-Read comentan en un artículo, publicado en *The Lancet* en 2012,⁴⁵ las ventajas que adquieren algunos de estos grupos cuando son liderados por cúpulas directivas estables y respetadas por sus pares. David Blumenthal y Jennifer Dixon acaban un artículo en el que glosan las reformas en el sistema sanitario de Estados Unidos e Inglaterra⁴⁶ con un comentario que ilustra bien por qué se llevan a cabo estas reformas, y como referencia a sus preferencias ideológicas o económicas no habla de pacientes, sino de consumidores:

Estas similitudes sugieren que los sistemas sanitarios modernos y desarrollados —a pesar de las diferencias entre ellos— poseen la manera de cambiar el comportamiento de los proveedores y de los consumidores, y de motivar y dirigir dichos ajustes. El conocimiento transnacional consciente y determinado acerca de la experiencia con dichas intervenciones debe ser una prioridad para las naciones desarrolladas que se enfrentan a poblaciones envejecidas, aumento de la demanda de servicios sanitarios y unos recursos restringidos.⁴⁷

En Estados Unidos, a finales de la pasada década, Donald Berwick⁴⁸ planteó que el sistema sanitario debía aceptar un triple reto para dar respuesta a un sistema con un coste elevado, de baja calidad y con unos resultados malos en cuanto a salud, capaces de frustrar los esfuerzos de contención del gasto y de mejora de la calidad. El artículo comienza con dos ejemplos ilustradores:

- 1) La insuficiencia cardíaca es la primera causa de ingreso en un hospital en Estados Unidos. Después del alta, reingresa un 40 % de los pacientes dentro de los noventa días siguientes, cuando es bien conocido que un tratamiento adecuado del paciente evitaría hasta un 80 % de estos reingresos. La experiencia de los pacientes es la de una asistencia de mala calidad y la de los profesionales, de frustración pese a los esfuerzos.
- 2) Estados Unidos es el país del mundo que más gasta en asistencia sanitaria per cápita, pero ocupa el número 25 en cuanto a mortalidad materna, el 26 en

⁴⁵ HAM, C. y ZOLLINGER-READ, P. «What Are the Lessons from the USA for Clinical Commissioning Groups in the English National Health Service?», *Lancet* (Londres, Inglaterra). 14 de enero de 2012; 379(9811): págs. 189-191. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21920598>.

⁴⁶ BLUMENTHAL, D. y DIXON, J. «Health-care Reforms in the USA and England: Areas for Useful Learning», *Lancet*. 13 de octubre de 2012; 380(9850): págs. 1352-1357. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23063284>.

⁴⁷ Traducción del autor.

⁴⁸ BERWICK, D. M.; NOLAN, T. W. y WHITTINGTON, J. «The Triple Aim: Care, Health, and Cost», *Health Affairs*. Mayo-junio de 2008; 27(3): págs. 759-769. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18474969>.

esperanza de vida y el 31 en mortalidad infantil, y su sanidad no cubre a toda la población.

Para tratar de subsanar esta situación, Berwick propuso tres objetivos interdependientes:

- 1) Asistencia: mejorar la experiencia de la asistencia sanitaria.
- 2) Salud: mejorar la salud de la población.
- 3) Coste: reducir el gasto sanitario per cápita.

A partir de ese triple reto, proyectó un programa para mejorar la salud de la población a través de nuevas formas de pago, como los ACO y el pago por una atención integral. Detrás de esta nueva manera de retribuir la asistencia está la idea de que los incentivos financieros bien calibrados producen metas socialmente deseadas. Y esta idea se traduce en que si los ACO consiguen mejorar la salud de la población, se necesitará menos atención y se contendrá el gasto, también en el pago por la atención integral: siempre que el paciente consuma menos, el proveedor ganará más.

Ambos son pagos con un presupuesto individual, que gestiona el proveedor sanitario y que constituye un incentivo financiero cuando se consigue que el paciente consuma menos, de ahí que si se aumenta la salud de la población, en teoría se generará un ahorro que beneficie al proveedor.

Esta idea es muy interesante porque retoma viejos conceptos y los transforma en novedades:

- 1) En la salud de la población intervienen aspectos no médicos.
- 2) El estado de salud de una población no es lo mismo que, y no solo depende, el sistema sanitario.
- 3) Existen aspectos de ayuda social imprescindibles para la atención sanitaria y para la buena salud individual y de la población.

Para obtener buenos resultados en salud la atención sanitaria debe ir de la mano con las políticas sociales de atención y la corrección del desequilibrio social. A modo de ejemplo, la responsabilidad del transporte sanitario que garantice la accesibilidad a los cuidados; la solución a los problemas vinculados con la vivienda (viviendas insalubres, infraviviendas, etc.) que, como es evidente, están estrechamente relacionados con algunas enfermedades; la atención a las personas sin recursos o a los sin techo que acumulan factores que predisponen a la enfermedad y a su diseminación: la exposición a la intemperie y, sobre todo,

la exclusión social, el seguimiento errático de los tratamientos, el alcoholismo y el uso de tóxicos (drogas, pegamentos, etc.), las enfermedades transmisibles, la malnutrición, etc.; las diferencias socioeconómicas entre zonas geográficas que, como ya se ha apuntado con anterioridad, conlleva vulnerabilidad, o la educación, esencial para entender todo el galimatías de los condicionantes de la salud y de sus mitos y engaños: la nutrición, la polución, las adicciones al tabaco, el alcohol o las sustancias químicas, el sedentarismo, el estrés, el medio ambiente, la información en internet o en un soporte físico, etc.

El objetivo de la reforma de los ACO es recompensar a nivel económico a los proveedores sanitarios que se responsabilicen no solo de atender a la salud individual, sino también de contener el gasto y de conseguir mejorar la salud de la población, aun cuando se requieran servicios no médicos o soluciones sociales a los problemas. En este caso, la recompensa financiera es un incentivo grupal con la clara intención de que se coordinen las diferentes entidades que colaboran para una buena salud de la población, como, por ejemplo, las que se ocupan de la salud, del empleo o de la vivienda. En esta reforma subyacen ideas de contenido y alcance social más allá del sanitario, como preguntarse si los presupuestos de sanidad deben financiar una vivienda para los sin techo, la reforma de una vivienda insalubre o bien contemplar la desparasitación de la vivienda de un niño asmático. La respuesta debe ser que todo ello debe realizarse sin ninguna duda, ya que al hacerlo, se mejora la salud del individuo y de la población. La pregunta que surge es cómo puede colaborar el médico en esta tarea o si tiene que ser retribuido con un extra económico por hacerlo. En otras palabras, si el médico debe ocuparse de los aspectos sociales de la salud o cómo hacer que contribuya a mejorarlos y, en el mejor de los casos, solventarlos. El corolario a esas preguntas es si, de hecho, los incentivos de los ACO o los de los pagos por la atención integral promueven, en realidad, una reforma social. De ser así, se amplía la panoplia de objetivos de los incentivos, aunque sin que varíe su significado: conseguir algo más allá del trabajo habitual y estimular un cambio de comportamiento.

De este planteamiento se desprende un objetivo de justicia social. Y de ahí que sea legítimo preguntarse si los médicos son agentes de ella. Esta pregunta se la formula Sandra J. Tanenbaum⁴⁹ en un artículo publicado en febrero de 2017 en la revista *Journal of Health Politics, Policy and Law*. En él, la autora destaca que uno de los atractivos del triple reto del que se ha hablado antes, asistencia, cuidado y coste, es llevar los factores sociales al médico, porque si las causas de

⁴⁹ TANENBAUM, S. J. «Can Payment Reform Be Social Reform? The Lure and Liabilities of the “Triple Aim”», *Journal of Health Politics, Policy and Law*. Febrero de 2017; 42(1): págs. 53-71. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27729444>.

la mala salud tienen una raíz en la desigualdad socioeconómica, la obligación profesional y moral del médico es denunciarla. Si la causa de las descompensaciones del asma es una vivienda parasitada por ácaros o humedades y hongos, el médico debería poder prescribir una desparasitación o, incluso, un cambio de domicilio o de trabajo en el caso de que la razón de las exacerbaciones esté en el trabajo. Pero surge la pregunta de cómo y quién hace efectiva esa prescripción, y sugiere que el incentivo financiero, en estas circunstancias, debería fomentar la coordinación y colaboración del profesional con otras instancias que sí puedan llevar a cabo la actividad de combatir los determinantes sociales de la salud.

El planteamiento fundacional de las ACO se encamina en esta dirección. Al reconocer que el estado de salud del ciudadano afecta a los costes de la sanidad, se deduce que mejorar el estado de salud de los ciudadanos es rentable, aunque se trate de un resultado a largo plazo. Y hablar de estado de salud significa, también, hacerlo de predictores de enfermedad, entre los cuales están el ruido, la polución química, las viviendas insalubres o las infraviviendas, la alimentación, el sedentarismo y la situación socioeconómica. Aquí se cierra de nuevo el círculo sobre los condicionantes sociales de la salud.

En el artículo antes citado, la autora describe dos ejemplos que ilustran estos nuevos papeles de la RMP, como agente de la justicia social y como agente de una reforma social.

El primer ejemplo hace referencia al Hospital Adventista de Washington. Este ha creado un programa para identificar y actuar en los puntos rojos, que son las zonas donde los residentes es más probable que llamen al servicio de urgencias médicas de su zona de influencia. Allí ha ideado una red que coordina los servicios sociales y de salud para un paciente concreto, que recoge la información sobre las circunstancias sociales de esa persona y la ponen en contacto con los servicios apropiados. Y, además, el hospital se ha asociado con las agencias de esos servicios sociales y de lucha contra la pobreza. Esa red se financia parcialmente con los incentivos de la asistencia médica.

En cuanto al segundo ejemplo, se menciona el pago por atención integral, similar al ejemplo de la experiencia holandesa. Este retribuye un único episodio de cuidados de manera integral. La retribución es única y variable según el compromiso contractual, que incluye todos los servicios hasta treinta, sesenta o noventa días después de la hospitalización, e incluye la asistencia hospitalaria y la extrahospitalaria. Como el pago es único e integral, cuanto más eficiente sea la atención, menor será el gasto en comparación y mayor será el ahorro (incentivo que debe compartirse con la aseguradora). En el caso de un paciente intervenido de prótesis articular de cadera o rodilla, el proveedor sanitario,

que es quien percibe los emolumentos por la atención, puede optar por dar el alta al paciente para que acabe la recuperación funcional en su domicilio, pero cuya adaptación a las nuevas necesidades físicas del paciente previamente habrá sufragado el mismo proveedor, u optar por enviarlo a un centro de convalecencia hasta que se recupere funcionalmente, en cuyo caso la reforma del domicilio la asume el paciente, según lo que le resulte más rentable al proveedor. En este caso, el médico tan solo administra unos recursos en principio de la manera más eficiente posible. Pero como se verá en el apartado sobre los «Aspectos negativos de los incentivos», las condiciones socioeconómicas de los pacientes también pueden influir de manera desfavorable y castigar al proveedor, cuando, por ejemplo, el paciente necesita ingresar de nuevo, circunstancia más probable cuando este último habita en una zona deprimida. Por lo tanto, este tipo de retribución premia o castiga en función de factores sociales, o deja de ser aplicable en función de esos mismos factores.

La reforma que propone esta nueva forma de pago empieza con la participación voluntaria en los ACO, e implica asumir el riesgo de penalización en caso de no conseguir disminuir los costes según lo pactado, pero, a cambio, también puede conseguir los incentivos más elevados.

Están, sin embargo, por ver los beneficios a largo plazo de estas organizaciones y si la idea triunfa.

2.1.1.4.3. *La experiencia de los pacientes y los incentivos*

Una cuestión no resuelta, pero que parece de la mayor importancia, es cómo lograr y evaluar incentivos para lo que más valoran los pacientes: una relación estrecha con el profesional, cuidados empáticos, continuidad y comunicación abierta y receptiva. El concepto clave es la continuidad, pero no suele ser un valor incentivado, ya que más bien se prima, como se ha visto, la accesibilidad frente a la continuidad.⁵⁰

Los incentivos económicos a los médicos, junto con la incorporación de la experiencia de los pacientes, son dos de las estrategias utilizadas para mejorar la calidad y la eficiencia de la atención sanitaria. Hasta ahora se han analizado diferentes aspectos de los incentivos desde la perspectiva del médico o del gestor. Pero los retos futuros de los programas de incentivos giran en torno a la experiencia de los pacientes y cómo incorporarla a la asistencia.

⁵⁰ Véase, por ejemplo, el Plan nacional de incentivos del Reino Unido, QOF, y el documento de la Plataforma 10 minuts.

La metodología que se ha usado para recabar la experiencia de los pacientes se debe buscar en los estudios que usan encuestas para conocer las opiniones y experiencias de los usuarios de la sanidad. Los métodos más empleados son las encuestas postales o las telemáticas dirigidas a pacientes y/o cuidadores, las encuestas después del alta hospitalaria, las encuestas cerradas o los textos libres con preguntas o sin ellas. Estos métodos son laboriosos, complejos y costosos, deben incluir un número amplio de encuestados para que adquieran sentido y las narrativas de los pacientes son difíciles de unificar y están sujetas a interpretación.

Las respuestas de los pacientes pueden dirigirse directamente al centro de atención o incorporarse a webs de consumidores que están abiertas a todos los que tengan los medios para acceder a ellas. Los recursos ubicados en internet alcanzan una gran difusión, aunque los resultados se presentan de manera heterogénea y dispar, puesto que las respuestas de los pacientes pueden producirse en muchas direcciones. Todo ello dificulta sacar conclusiones y también su aplicabilidad.

No obstante, son experiencias vivas que llaman a la humanización de la RMP y a la participación del paciente en la atención sanitaria⁵¹ porque:

- 1) La experiencia de los pacientes aporta datos y los contrapone a los de la organización.
- 2) Los datos de los pacientes y cuidadores se suelen referir a los servicios de hostelería del centro (limpieza, comida, ruidos, instalaciones, etc.), a la accesibilidad (aparcamiento, transporte, acceso para discapacitados, etc.) o al trato con el personal, pero, además, también permiten descubrir errores médicos, problemas con los servicios postalta o datos incorrectos en la historia clínica. Frente a estos datos, las instituciones sanitarias suelen exhibir clasificaciones numéricas, tipo ranking, como «el primer centro porque la tasa de infección de herida quirúrgica es la menor de la zona geográfica», «el primero en usar un software para un robot cirujano», «el primero porque acumula el mayor número de publicaciones científicas de máximo impacto», etc. Estos datos que publican las instituciones tienen, sin duda, una gran importancia, pero, por otra parte, no se debe olvidar que la RMP es interpersonal, es decir, entre seres humanos.
- 3) La consideración de la experiencia del paciente supone otorgarle poder y que sienta cómo la asistencia le pertenece, porque es a él a quien se está

⁵¹ SCHLESINGER, M.; GROB, R. y SHALLER, D. «Using Patient-Reported Information to Improve Clinical Practice», *Health Services Research*. Diciembre de 2015; 50 Supl. 2: págs. 2116-2154. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26573890>.

atendiendo y quien sufre las consecuencias de la enfermedad, del tratamiento y de la hospitalización. Al promover que la información del cambio de turno de enfermería se intercambie en la cabecera del propio paciente se está incorporando a este en los cuidados y se está ofreciendo transparencia en la atención.⁵²

- 4) Entre los profesionales se promociona el aprendizaje de una cultura que atiende a las necesidades y requerimientos de los pacientes.

En resumen, el problema estriba en cómo integrar la voz del paciente en la asistencia. El ejemplo holandés de los grupos de cuidados va en ese sentido, porque incluye la visión de que, aunque con limitaciones importantes, los pacientes son una parte de la solución.

2.1.1.4.4. La eliminación de los incentivos

La bibliografía que evalúa el efecto positivo de instaurar incentivos en la práctica clínica para estimular ciertos hábitos de trabajo frente a otros y retribuir por ello es abundante y demuestra que casi siempre se consiguen los objetivos propuestos, aunque los resultados sean modestos. Por el contrario, es escasa la bibliografía que evalúa qué ocurre al eliminarlos, si se retorna a la situación inicial o si persiste su efecto más allá del tiempo que dura el incentivo. De ahí que la retirada del programa QOF en el Reino Unido despeje una incógnita, porque se desconoce qué ocurrirá si dejan de llevarse a cabo los hábitos de trabajo incentivados o continúan por inercia, o si, al incentivar, se ha conseguido modificar los hábitos de tal manera que se han creado nuevos estándares de comportamiento.

La compañía Kaiser Permanente North California ofrece atención médica a una población de 3,1 millones de personas en esa zona geográfica, e instauró incentivos financieros para cuatro indicadores clínicos (control de la diabetes, cribaje de la retinopatía diabética, control de la hipertensión y cribaje del cáncer cervical). Pero, a diferencia del Reino Unido, el incentivo económico era para el centro de trabajo, no directamente para el individuo. El centro disponía de ese dinero y decidía qué hacer con él. Helen Lester *et al.* publicaron un estudio en el

⁵² CARMAN, K. L.; DARDESS, P.; MAURER, M.; SOFAER, S.; ADAMS, K.; BECHTEL, C. y SWEENEY, J. «Patient and Family Engagement: a Framework for Understanding the Elements and Developing Interventions and Policies», *Health Affairs*. Febrero de 2013; 32(2): págs. 223-231. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23381514>.

*British Medical Journal*⁵³ sobre el efecto de los incentivos en treinta y cinco centros sanitarios de dicha compañía. En el estudio describen y analizan el efecto del incentivo en el cumplimiento de los indicadores en el período 1997-2007 y lo que ocurrió al eliminar dos de ellos (cribaje de la retinopatía diabética y del cáncer cervical). La eliminación del incentivo financiero se asoció a una disminución lenta del cumplimiento del indicador, de un 3 % por año en el caso de cribaje de la retinopatía diabética (cuando se instauró el incentivo, aumentó de 84,9 a 88,1 % y disminuyó hasta 80,5 % cuatro años después de eliminarlo) y de 1,6 % por año en el caso del cáncer cervical (cuando se instauró, se incrementó de 77,4 a 78 % y decreció a 74,3 % a los cinco años de eliminarlo). Estos datos se deben tener en cuenta, pero el alcance real del efecto de la eliminación es difícil de establecer, porque, al igual que en el caso británico, no se puede despreciar el efecto de otras medidas encaminadas a mejorar la calidad de la atención ya presentes al inicio del período incentivado o que se reimplantaron después de la retirada o el efecto de la presión de los pacientes bien informados o de las campañas de prevención.

Tobias Dreischulte *et al.* han publicado en 2016, en el *The New England Journal of Medicine*⁵⁴ los resultados de un estudio dirigido a mejorar la prescripción de la combinación de fármacos hemorragíparos y, además, capaces de producir insuficiencia cardíaca o insuficiencia renal. El estudio combina el incentivo financiero con la formación y la informática. El objetivo del estudio es evaluar la exposición de los pacientes a más de uno de dichos fármacos y, en segundo lugar, disminuir los ingresos hospitalarios urgentes a causa de una hemorragia, insuficiencia renal o cardíaca. Esta intervención combinada consiguió reducir el número de prescripciones de riesgo, así como el de ingresos por hemorragia digestiva o insuficiencia cardíaca. No tuvo efecto, sin embargo, sobre los ingresos por insuficiencia renal.

En el caso estudiado se perseguía la calidad de la prescripción y la seguridad del paciente, lo cual supone una intervención más compleja que ofrecer, simplemente, un incentivo económico, aunque, a pesar de eso, se mantuvo el efecto como mínimo durante el primer año después de concluido el incentivo financiero.

⁵³ LESTER, H.; SCHMITTDIEL, J.; SELBY, J.; FIREMAN, B.; CAMPBELL, S.; LEE, J.; WHIPPY, A. y MADVIG, P. «The Impact of Removing Financial Incentives from Clinical Quality Indicators: Longitudinal Analysis of Four Kaiser Permanente Indicators», *BMJ* (Clinical research ed.). 11 de mayo de 2010; 340: c1898. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20460330>.

⁵⁴ DREISCHULTE, T.; DONNAN, P.; GRANT, A.; HAPCA, A.; MCCOWAN, C. y GUTHRIE, B. «Safer Prescribing – a Trial of Education, Informatics, and Financial Incentives», *The New England Journal of Medicine*. 17 de marzo de 2016; 374(11): págs. 1053-1064. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26981935>.

2.1.1.4.5. Aspectos positivos de los incentivos

Los incentivos cumplen una función que se puede afirmar que es positiva, porque estimulan los cambios encaminados a mejorar la calidad de la asistencia al paciente y de la gestión.⁵⁵

Los aspectos positivos se pueden desglosar desde diferentes perspectivas:

- 1) Recompensar una manera de trabajar, acorde con los intereses de la institución y de la profesión cuando los profesionales participan en la elaboración de los objetivos que se van a incentivar. Pero a estos incentivos solo se les atribuye aproximadamente un 5 % de mejora.
- 2) Permitir la financiación de la curva de aprendizaje y la innovación, ya que una de sus funciones puede ser estimular la actualización de conocimientos.
- 3) Mejorar la efectividad del cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas y también el de las agudas, aunque este último con mayor dificultad.
- 4) Promocionar objetivos clínicos o de gestión.
- 5) Aumentar la seguridad de los pacientes.
- 6) Promover y premiar una carrera profesional.
- 7) Beneficiarse del efecto halo: tienen un efecto expansivo, porque al ponerlos en práctica, mejora la calidad no solo del objetivo incentivado, sino también de otros relacionados. Y, además, este efecto también tiende a extenderse a otros grupos de pacientes tratados por el mismo profesional, pero no incluidos dentro del programa de incentivos.
- 8) Permitir intervenciones combinadas en las cuales el incentivo financiero es solo una parte, que puede ir precedida, acompañada o seguida de formación y de ayudas informáticas que sirvan de información, recordatorio y registro.
- 9) Introducir criterios de racionalización del gasto y de la asistencia.

En la retribución de los médicos, la recompensa a la carrera profesional tiene un carácter retroactivo y ejemplarizante, ya que premia a los profesionales que en su día apostaron por enriquecer su práctica profesional con la docencia, con la vida académica o con publicaciones; en cambio, los complementos de retribución variable añaden beneficio a los que más se han esforzado, por ejemplo,

⁵⁵ VAN HERCK, P.; DE SMEDT, D.; ANNEMANS, L.; REMMEN, R.; ROSENTHAL, M. B. y SERMEUS W. «Systematic Review: Effects, Design Choices, and Context of Pay-for-Performance in Health Care», *BMC Health Services Research*. 23 de agosto de 2010; 10: pág. 247. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20731816>.

en prescribir a menor coste gracias a la promoción de los medicamentos genéricos. Evidentemente, ambos pueden coexistir.

El complemento retributivo variable ha aportado, pues, cambios y mejoras en algunos de los productos finales de la RMP (en el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento), seguramente porque es la parte de los honorarios que más se acerca al paciente, que es a partir de quien se origina todo lo que ocurre en el acto médico. Los indicadores en los que se basan los complementos de retribución variable consiguen modificar los hábitos de trabajo al fomentar unos hábitos de prescripción o de diagnóstico frente a otros. Aunque estos estén dirigidos por los gestores y surjan de sus necesidades, y no de las de los pacientes, consiguen mejoras objetivas siempre que:

- 1) Su propósito sea mejorar la atención a los pacientes y se ajusten a sus necesidades.
- 2) Se pacten con los profesionales.
- 3) Sean acordes con los objetivos de la medicina y de la profesión médica.
- 4) Sean transparentes. La transparencia de estos complementos retributivos es relevante, ya que no deben menoscabar la confianza de los pacientes en los médicos y en el sistema.

El complemento de retribución variable se puede usar como incentivo para promover el trabajo fuera de horario y reducir las listas de espera, lo que resulta beneficioso para la salud de la población teniendo en cuenta que la demora en la atención retrasa el diagnóstico o el tratamiento. El retraso en el diagnóstico tiene consecuencias en la salud y la calidad de vida de un paciente, y, a la larga, de toda la población, y también consecuencias económicas. Por ejemplo, en las enfermedades oncológicas, el diagnóstico precoz mejora el pronóstico y se asocia con las supervivencias más largas. Cuando la enfermedad no es oncológica, el diagnóstico precoz es asimismo importante para el bienestar del paciente, para disminuir el riesgo de lesión permanente y para evitar la ansiedad generada por la incertidumbre diagnóstica o terapéutica. No retrasar el tratamiento quirúrgico de enfermedades como las cataratas o la coxartrosis mejora la calidad de vida y permite la reincorporación a la vida normal. El tratamiento de patologías potencialmente graves como las litiasis sintomáticas evita morbilidad y mortalidad. No obstante, resulta fácil advertir cómo se puede pervertir el sistema: ralentizar el trabajo habitual para alimentar las listas de espera y, así, atender a los pacientes fuera de horario o en otro centro que comparta los mismos profesionales en distinto horario, lo que generará beneficios económicos. Y otro peligro ligado a los incentivos que ya se han mencionado reside en el sobrediagnóstico y el sobretratamiento.

2.1.1.4.6. Aspectos negativos de los incentivos

Todo tiene su origen en el encuentro entre el médico y el paciente. Una posible RMP ideal sería la que resultase de una elección libre y voluntaria de un médico competente, con el cual la comunicación fuera buena y fácil, con quien se empatizara, con continuidad de la RMP y sin conflicto de interés.⁵⁶ Un incentivo que premiase la satisfacción del paciente recompensaría el esfuerzo del profesional para conseguir ese tipo de RMP. Pero lo más común es que los incentivos valoren el buen control de una enfermedad crónica mediante el examen de parámetros analíticos.

Un ejemplo puede ayudar a comprender la complejidad de la retribución: el incentivo para el buen control de los pacientes diabéticos. El seguimiento clínico de la diabetes mellitus se realiza mediante análisis de sangre y visitas médicas para controlar la aparición de complicaciones (retinopatía, nefropatía, vasculopatía o neuropatía) y ajustar el tratamiento. Para el seguimiento analítico se monitoriza el nivel en sangre de HbA_{1c} (hemoglobina glicosilada), porque es un indicador de la media de la glicemia en las últimas semanas. Cuando este parámetro aumenta, se afirma que el control glicémico del paciente es insuficiente y se incrementa el riesgo de padecer las complicaciones propias de la diabetes. Sin embargo, la simple medición de este parámetro analítico no aclara por qué algunos pacientes no consiguen alcanzar el nivel óptimo de HbA_{1c}.

El incentivo ligado al seguimiento de esta enfermedad crónica suele considerarse que se alcanza cuando se cumple el calendario de las visitas, además de un buen control de la glicemia, es decir, una HbA_{1c} dentro del rango.

Algunos pacientes, como se ha dicho, no consiguen un buen control de la diabetes a pesar de seguir las instrucciones médicas, ya que se debe a causas no bien determinadas. Otros, con aversión a las agujas, no aceptan el tratamiento con inyecciones de insulina y están obligados tomar más fármacos, algunos de ellos caros y sin que exista ningún genérico, o que se han introducido recientemente en el mercado y tienen un perfil de toxicidad mal conocido. Estos pacientes no encajan en los criterios habituales de los incentivos, por lo que su atención no suele recompensarse, pueden hacer perder los incentivos al médico y, en cambio, son los que necesitan mayor dedicación. Se puede argüir que en estos casos el incentivo del profesional es interno, de satisfacción profesio-

⁵⁶ SHRIVASTAVA, S. R.; SHRIVASTAVA, P. S. y RAMASAMY, J. «Perspective Exploring the Dimensions of Doctor-Patient Relationship in Clinical Practice in Hospital Settings», *International Journal of Health Policy and Management*. Mayo de 2014; 2(4): págs. 159-160. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4025091/>.

nal por el trabajo bien realizado o por tener éxito ante problemas clínicos complejos. Ahora bien, por qué cuando es fácil y rápido se recompensa y, en cambio, cuando es más difícil y complejo se penaliza, aun cuando para atender a esos pacientes se necesita una mayor dedicación y, también, se produce un mayor número de fracasos.

La bibliografía centrada en el pago por resultados no demuestra claramente que con él se consiga una mejora de la calidad ni que esta perdure. La mayor parte concluye que solo se producen pequeñas mejoras, y algunos artículos, al contrario, destacan los aspectos negativos sobre la práctica asistencial y la RMP.⁵⁷⁻⁵⁹ Algunos autores son muy críticos con los incentivos y resaltan que de ellos se deriva discriminación o marginación, y que ningún programa de incentivos ha demostrado que redujera la mortalidad o la tasa de discapacidad, y que, incluso, algún programa ha empeorado otros resultados, como sugiere un estudio inglés que muestra que incentivar para disminuir la lista de espera quirúrgica empeoró la tasa de mortalidad por infarto, porque advierte que promocionar con recursos la reducción de la lista de espera quirúrgica puede sustraerlos de la atención en las emergencias.

Los aspectos negativos de los incentivos no son despreciables y afectan al paciente, al médico, a la RMP y, por extensión, a la sociedad. De ahí que, antes de su instauración, se debería prever si se van a producir efectos negativos, cómo combatirlos si se presentan e intentar planificar qué puede ocurrir al eliminarlos.

Así, algunos efectos adversos de los incentivos ya son conocidos y se han citado. A modo de recordatorio:

- 1) Alimentan las listas de espera para generar trabajo fuera de horario.
- 2) Sobrediagnostican y sobretratan.
- 3) Excluyen a los pacientes o las actividades que puedan alterar los resultados y, así, disminuyen la probabilidad de alcanzar los incentivos. El programa

⁵⁷ NACI, H. y SOUMERAI, S. B. «History Bias, Study Design, and the Unfulfilled Promise of Pay-for-Performance Policies in Health Care», *Preventing Chronic Disease*. 23 de junio de 2016; 13: E82. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27337559>.

⁵⁸ WOOLHANDLER, S. y HIMMELSTEIN, D. U. «Collateral Damage: Pay-for-Performance Initiatives and Safety-Net Hospitals», *Annals of Internal Medicine*. 15 de septiembre de 2015; 163(6): págs. 473-474. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26343907>.

⁵⁹ KIND, A. J.; JENCKS, S.; BROCK, J.; YU, M.; BARTELS, C.; EHLENBACH, W.; GREENBERG, C. y SMITH, M. «Neighborhood Socioeconomic Disadvantage and 30-Day Rehospitalization: a Retrospective Cohort Study», *Annals of Internal Medicine*. 2 de diciembre de 2014; 161(11): pág.765-774. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25437404>.

del Reino Unido QOF lo solucionó permitiendo que algunos pacientes más «complejos» no se incluyeran en el cómputo contabilizado.

- 4) La calidad de la visita médica no suele colocarse en primer lugar, lo cual pone de manifiesto que se infravalora la RMP (medida a través de los resultados como la satisfacción, la experiencia del paciente, el diagnóstico y la adecuación del tratamiento).

El artículo de Amy J. H. Kind *et al.*, publicado en *Annals of Internal Medicine* en 2014, añade un nuevo punto de vista: el socioeconómico. Los autores analizan si existe una relación entre el lugar de residencia del paciente y la tasa de rehospitalización antes de los treinta días de alta, y observan que los hospitales que atienden a pacientes de áreas socioeconómicamente privilegiadas reciben más recursos procedentes de los incentivos que los hospitales que atienden a los de áreas desfavorecidas. Y estas son las explicaciones que encuentran:

- 1) La rehospitalización por neumonía, insuficiencia cardíaca o infarto agudo de miocardio en un plazo inferior a treinta días está penalizada por algunas compañías de seguros médicos.
- 2) La residencia en un área desfavorecida es un predictor de rehospitalización tan importante como padecer una enfermedad vascular periférica o una enfermedad pulmonar crónica.
- 3) La probabilidad de rehospitalización no se relaciona con el hospital que trata al paciente, sino con el lugar de residencia, y esta probabilidad va más allá de las circunstancias individuales de las familias.
- 4) O se propician las argucias administrativas, como apuntan en el editorial del mismo número de la revista *Annals of Internal Medicine*, como:
 - a) Revisitar a los pacientes después del alta en los servicios de urgencias, lo cual no se contabiliza como una rehospitalización.
 - b) Mantener a los pacientes ingresados en áreas de observación de urgencias en lugar de hacerlo en las áreas de hospitalización, ya que no contabiliza como readmisión y, por lo tanto, no penaliza, pero se necesitan instalaciones y personal.
 - c) Si se dispone de unos servicios administrativos muy potentes se rellenarán exhaustivamente todos los formularios necesarios para conseguir el objetivo, aunque no contribuyan a la mejora de la asistencia.
- 5) La búsqueda de culpables dentro del equipo, a los que se les atribuye la responsabilidad de no haber alcanzado el objetivo del incentivo.

Así, los incentivos contribuyen a generar un bucle, y los hospitales que atienden a pacientes de las áreas socioeconómicamente deprimidas suelen tener más dificultades para alcanzarlos, mantenerlos o evaluar ciertos estándares de calidad, y, por ello, dichos centros y sus profesionales no reciben los incentivos relacionados con esos estándares y, en consecuencia, pierden recursos, con independencia del resto de la calidad de su trabajo.

Este bucle genera marginación y vulnerabilidad:

- 1) Marginación, porque la percepción social de la actividad profesional es peor (más rehospitalizaciones por la misma patología, menos incentivos, peor lugar en la relación de resultados publicados de los hospitales, menor prestigio profesional, etc.).
 - a) Posiblemente ven cómo se reduce la cartera de clientes a expensas de los pacientes más cumplidores o ante los «malos resultados»; los pacientes que pueden elegir deciden ser atendidos en otros centros asistenciales con una mejor puntuación.
 - b) Atienden a pacientes sin seguro médico, lo cual dificulta obtener resultados que exigen continuidad en la asistencia (población migrante, por ejemplo).
 - c) Dan asistencia a residencias de ancianos, es decir, a una población frágil, con múltiples enfermedades crónicas y proclives a la hospitalización.
- 2) Vulnerabilidad, porque el hecho de pertenecer a una comunidad deprimida socioeconómicamente constituye un factor de riesgo de rehospitalización temprana.

Para combatir esos efectos, se pueden implementar programas de transición que eduquen a los pacientes y a los cuidadores, o enseñen a monitorizar los signos de alarma, al mismo tiempo que se alerta a los servicios sociales y sanitarios de la zona. La puesta en marcha de estos programas y servicios forma parte del equilibrio equitativo que fomenta y garantiza la igualdad de oportunidades en el acceso a la salud, pero estos recursos sociales no están en manos ni de los médicos ni de los pacientes.

Existen otros efectos negativos de los incentivos, de diferente índole. La lista siguiente es una relación, quizá no exhaustiva:

- 1) Cuando al elaborar los incentivos no se tiene en cuenta el estatus socioeconómico de los pacientes diana, los pagos por resultados acaparan los recursos financieros, al mismo tiempo que otras áreas pueden quedar desatendidas, todo ello sin que, como ya se ha dicho antes, se haya demostrado

que el pago por resultados aumente la calidad de la asistencia. Este aspecto negativo añade una nueva capa de vulnerabilidad a algunas poblaciones:

- a) Discriminación de género: acceso a los recursos anticonceptivos para las mujeres atendidas por organizaciones que ponen objeciones al uso de métodos anticonceptivos por motivos religiosos y cuya situación socioeconómica, cultural o geográfica no les permite buscar otro proveedor sanitario.
 - b) Poblaciones aisladas geográficamente o con pocos recursos económicos o culturales.
- 2) Los incentivos condicionan y dirigen la práctica asistencial: los criterios para acceder al complemento retributivo variable muestran cuál es el tipo de asistencia que quieren los gestores y esta es la que se acaba practicando, lo cual no supone ningún problema siempre y cuando el paciente se halle en el centro de la atención y las decisiones clínicas se ajusten a la evidencia científica. Para objetivar los incentivos se mide lo que interesa, pero pueden quedar al margen otros aspectos de la atención asimismo importantes, que, en consecuencia, se descuidarán.
 - 3) La carga administrativa de estos programas favorece a los centros con más recursos, ya que pueden dedicar más horas de trabajo a rellenar de un modo correcto y exhaustivo los formularios que dan acceso al incentivo.
 - 4) La tentación de falsear los datos para adaptarse a los resultados exigidos, como se deduce que ocurrió en el estudio llevado a cabo por Maxwell *et al.*,⁶⁰ en el que observan que la mortalidad después de cirugía cardíaca se incrementaba a partir del día treinta del postoperatorio.
 - 5) La comparación de resultados entre profesionales de la misma especialidad dentro de una organización solo será representativa del trabajo realizado si el *case mix*, es decir, la casuística de los profesionales, es la misma. Esta medición solo es posible si existen las herramientas de gestión y los recursos informáticos necesarios.
 - 6) Atención al paciente «difícil», es decir, al paciente que necesita una atención especial porque:
 - a) Padece diferentes patologías.
 - b) Presenta una personalidad peculiar o patológica.

⁶⁰ MAXWELL, B. G.; WONG, J. K.; MILLER, D. C. y LOBATO, R. L. «Temporal Changes in Survival after Cardiac Surgery Are Associated with the Thirty-day Mortality Benchmark», *Health Services Research*. Octubre de 2014; 49(5): págs. 1659-1669. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24713085>.

- c) Padece enfermedades poco frecuentes o con características especiales.
- d) Existen problemas sociales añadidos.
- e) Acumula vulnerabilidades que son el alfa y omega del problema (edad, sexo, lugar donde vive, recursos económicos o sociales, enfermedades).

Los criterios para cumplir con los incentivos no suelen incorporar la evaluación de la calidad de la visita (tal vez porque no se sepa cómo medirla), como se ha dicho en repetidas ocasiones, ni el tiempo que se dedica a ciertos pacientes complejos, como, por ejemplo, los pacientes pluripatológicos, que voy a describir a continuación. Los incentivos raramente evalúan la dificultad de tomar ciertas decisiones o de llegar a ciertos diagnósticos o de instaurar y monitorizar tratamientos. En algunos sistemas de pago por acto, por ejemplo en Alemania, el médico clasifica la visita según la duración o la complejidad y es remunerado en consecuencia. Al contrario, la falta de criterios que incluyan estos aspectos de la visita de un paciente difícil provoca que algunos incentivos consigan resultados perversos, ya que se puede obtener una nota excelente evitando tratar a estos pacientes más complejos o más díscolos. Esto obliga, en muchas ocasiones, a que estos pacientes frecuenten más los servicios médicos, que vayan de una consulta a otra o que multipliquen las visitas a urgencias o los ingresos hospitalarios,⁶¹ ya que lo que necesitan es que el ejercicio profesional se centre en ellos y no en la enfermedad o en el sistema.

La discriminación que sufren los pacientes pluripatológicos es múltiple:⁶²

- 1) Incentivos que no buscan ni premian su atención.
- 2) Rechazo y estigma por ser más frecuentadores de los servicios médicos.
- 3) Vulnerabilidad por las múltiples enfermedades, porque la pluripatología aumenta con la edad o por vivir en zonas deprimidas.
- 4) Por la presencia de una enfermedad mental concomitante.
- 5) Ausencia de bibliografía y guías de referencia: aunque la pluripatología es frecuente en el anciano, existen pocos textos y pocas guías que contemplen la atención de estos pacientes difíciles en los cuales los síntomas se solapan,

⁶¹ LUIJKS, H. D.; LOEFFEN, M. J. W.; LAGRO-JANSSEN, A. L. y WEEL, C. VAN. «GPs' Considerations in Multimorbidity Management». *British Journal of General Practice*. Julio de 2012: e503-510. Se puede consultar en: <http://bjgp.org/content/bjgp/62/600/e503.full.pdf>.

⁶² SALISBURY, C.; JOHNSON, L.; PURDY, S.; VALDERAS, J. M. y MONTGOMERY, A. A. «Epidemiology and Impact of Multimorbidity in Primary Care: a Retrospective Cohort Study», *British Journal of General Practice*. Enero 2011; 61(582): e12-21. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21401985>.

la medicación necesita precauciones especiales por los riesgos de toxicidad o de interacción entre los diferentes fármacos, por estar contraindicados por una enfermedad concomitante, o por el gasto económico que todo ello conlleva.

- 6) Falta de definición universalmente aceptada. La pluripatología se entiende como la suma de múltiples patologías crónicas, aunque estas tampoco están bien definidas, por lo que, según la definición usada, aparecen sesgos en cuanto al número de afectados. La definición se hace desde la perspectiva de los médicos y no incorpora la del paciente.
- 7) La desmotivación del profesional es otro de los aspectos negativos de los incentivos.⁶³ Puede originarse por el desacuerdo de los médicos con la política de incentivos, por la dificultad de poder expresar las críticas, o bien a los propios incentivos, o bien a la organización, ya sea por temor a represalias o a que no se tenga en consideración la opinión de los profesionales. Desde este punto de vista, los incentivos pueden ser una mordaza para evitar las críticas. Este aspecto negativo contradice al artículo 46 del Código Deontológico de la Organización Médica Colegial de 2011:⁶⁴ «El médico que trabaja por cuenta ajena no deberá tener limitada su independencia, ni comprometida la calidad de su actividad profesional, por la percepción de incentivos».

Esos aspectos negativos podrían, asimismo, deberse a la elección de la actividad que se incentiva, por ejemplo, los resultados en lugar de los procedimientos. Otra dificultad añadida a los incentivos es que conllevan más trabajo administrativo para recopilar los datos, que deben ser fidedignos y precisos.

Y por último, pero no menos importante, otro efecto indirecto de los incentivos reside en el daño moral que puede causar asociar calidad a pago extra.

No he encontrado que se hayan descrito resultados que demuestren los grandes rendimientos de los incentivos y, probablemente, lo que cabe esperar de los incentivos financieros es más bien modesto, o que, al cabo de un tiempo, su beneficio se estanque.

⁶³ WOOLHANDLER, S. y HIMMELSTEIN, D. U. «Collateral Damage: Pay-for-Performance Initiatives and Safety-Net Hospitals», *Annals of Internal Medicine*. 15 de septiembre de 2015; 163(6): págs. 473-474. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26343907>.

⁶⁴ Véase https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf (consultado el 22-1-2016).

Cuadro 2. Ventajas y desventajas potenciales del pago por resultados y de la información pública de los resultados

Modelo	Descripción	Ventajas potenciales	Desventajas potenciales
Pago por resultados	El pago al médico (o al equipo sanitario) se basa en alcanzar unos objetivos de calidad o cantidad	Recompensa financiera de la atención médica de alta calidad Muestra del compromiso con una atención sanitaria basada en la evidencia El procedimiento de recompensa es transparente (por lo menos para los proveedores, a veces también para los pacientes) Puede usarse para dirigir la atención hacia los grupos desatendidos o los de alto riesgo	Puede apartar a los proveedores de la atención de los cuidados que no son el objetivo del pago por resultado No existe consenso sobre la estrategia óptima La complejidad para configurar, buscar y conseguir ser congruente con las medidas de la calidad basada en la evidencia No está clara la efectividad ni la coste-efectividad En los casos complejos es difícil medir los resultados Puede ampliar las disparidades
Información pública de los resultados	Publicación de los datos de rendimiento clínico	Puede mejorar la reputación y llevar tanto a una recompensa psicológica como/y a un beneficio económico (a través de aumentar el número de pacientes derivados a ese médico o equipo o porque permite negociar remuneraciones más elevadas) Muestra del compromiso con una atención sanitaria basada en la evidencia La transparencia del procedimiento de recompensa Puede usarse para dirigir la atención hacia los grupos desatendidos o los de alto riesgo	Puede apartar a los proveedores de la atención de los cuidados que no se contemplan en la publicación Es difícil mostrar una gama de medidas accesibles a un público no profesional La efectividad no está clara Dificultad para medir los resultados en los casos complejos Puede ampliar las disparidades Incertidumbre sobre quién es la audiencia: si es el público o los proveedores

La siguiente es una relación no jerárquica ni exhaustiva sobre cómo evitar algunas de estas cuestiones negativas y preservar aspectos beneficiosos para el paciente, para el médico y para la RMP:

- 1) Creando comisiones de seguimiento de los incentivos en las que estén implicados los profesionales.
- 2) Adaptando y acercando los complementos de retribución variables a los centros de atención al paciente, de manera que respondan a la realidad y a las necesidades del centro.
- 3) No incentivando medidas de ahorro cuyas consecuencias no estén claras.
- 4) Pensando los incentivos en términos de seguridad clínica.
- 5) Siendo transparentes tanto la elaboración del catálogo de indicadores de la carrera profesional como los complementos de retribución variables.
- 6) Proporcionando alternativas a la incentivación financiera basadas en los valores profesionales (trabajo bien realizado, prestigio profesional y reconocimiento entre sus pares, realimentación y comparación de resultados).

2.2. Otras formas de presión directa

2.2.1. Proveedores sanitarios externos

Otro aspecto relacionado con la retribución que perciben los médicos por su trabajo es la incentivación (entendida como cambiar de comportamiento a cambio de algo: dinero, regalos, formación, invitaciones, etc.) desde el exterior, es decir, desde los proveedores sanitarios.

Los proveedores sanitarios (compañías farmacéuticas, fabricantes y vendedores de prótesis o de dispositivos médicos, comerciales de material sanitario, etc.) son empresas con ánimo de lucro. En algunos países como España, donde la sanidad pública es la mayor proveedora de servicios sanitarios a la población, el Estado, un ente sin ánimo de lucro, constituye el mayor comprador. Entre los vendedores con ánimo de lucro y el comprador se establece una tensión, ya que el interés de los primeros es incitar al consumo y el del segundo reside en adquirir lo justo y necesario, y al mejor precio posible. Muchas veces el médico actúa como un agente o como un intermediario con capacidad para indicar qué se compra, es decir, elige, pero no paga el producto que ha seleccionado. Esta tensión genera un conflicto de interés para el profesional sanitario, que debe recomendar las compras, atendiendo exclusivamente a los intereses de los pacientes y de la empresa que lo contrata, sin recibir a cambio incentivos

de ninguna clase por parte del vendedor. La prescripción de fármacos o los dispositivos implantados tampoco deben ser objeto de incentivo, la indicación de tratamiento o de implantación de un dispositivo debe proceder tan solo de las necesidades del paciente, y la elección del producto debe llevarse a cabo siguiendo las recomendaciones de los conocimientos médicos. Ni los médicos ni ninguno de los participantes en el acto médico deben aceptar incentivos económicos ligados a la prescripción de un fármaco, de un dispositivo o de una prótesis. Aunque, en ocasiones, la línea que limita la neutralidad moral sea sutil y en apariencia sin importancia, por ejemplo, en el caso de elegir entre marcas comerciales con el mismo principio activo, aceptar un incentivo para prescribir una en lugar de otra, aun siendo iguales los principios activos, puede suponer el comienzo de una pendiente resbaladiza que pone la confianza en entredicho. La regla debe ser que los incentivos económicos relacionados con la prescripción de fármacos o de dispositivos médicos se vinculen a la prescripción global de medicamentos genéricos o a grupos de medicamentos con mayor evidencia científica a su favor o con menores efectos adversos. Y lo mismo sucede con los dispositivos o las prótesis, con los que, también, la elección debe guiarse, en primer lugar, por el máximo interés del paciente.

En esos casos, el incentivo institucional, si existe, premia un comportamiento social y científicamente valorado, y también recompensa la producción a un coste menor. En suma, cuando se establece un incentivo a la prescripción, el objetivo ha de ser favorecer la adopción de la evidencia científica, satisfacer las necesidades de los pacientes y disminuir el riesgo asociado a su uso, no tan solo el aspecto económico. Ningún incentivo, del tipo que sea, económico o no, debería atentar contra los valores profesionales, y debe incluir, de manera necesaria, una valoración del interés del paciente.

2.2.2. La comercialización de los datos de la prescripción

La comercialización reporta beneficios al vendedor y al comprador, y, en cambio, no los reporta a quienes los generan: el paciente y el médico.

2.2.2.1. Los perfiles de prescripción de los médicos

En las oficinas de farmacia, los médicos generan unos perfiles de prescripción que no son más que la relación de los medicamentos prescritos por ellos mismos. Esta lista posee un significado único y valioso, porque refleja con fide-

dad la actividad del médico, el tipo de pacientes y las enfermedades que trata el profesional. Así, un médico cuyas prescripciones principales sean fármacos hipotensores, antidiabéticos, bloqueantes alfa y beta, hipolipemiantes e hipouricemiantes es un médico que trata enfermedades crónicas con afectación cardiovascular y trastorno metabólico; o un médico que receta antirretrovirales atiende a pacientes con infección por el VIH o con hepatopatías crónicas, siendo ambas patologías causa de estigma social; o si prescribe penicilina de absorción retardada, atiende a pacientes con sífilis u otras infecciones de transmisión sexual.

Los interesados por estos datos son muchos y por motivos diferentes: las autoridades sanitarias, los investigadores, los médicos asistenciales, las aseguradoras médicas que financian el acto médico o los responsables de salud pública, y, asimismo, las compañías vendedoras de medicamentos o los fabricantes. El acceso a esos datos está regulado y garantizado en muchos casos por razones obvias: para la elaboración de presupuestos, la búsqueda de conocimiento, la práctica asistencial, el cumplimiento del contrato de seguros o por razones de salud pública. En otras ocasiones, la razón para acceder a esos datos es conocer el perfil de prescripción del médico para personalizar la técnica de venta de un producto farmacéutico.

En Estados Unidos se comercializan los perfiles de prescripción de los médicos. A esta actividad han tratado de oponerse algunos estados arguyendo cuatro razones principales:

- 1) No se solicita el permiso del propio médico (en los perfiles no consta el nombre del paciente).
- 2) La violación de la confidencialidad que representa poner al descubierto uno de los productos de la RMP, el tratamiento, a partir del cual es fácil inferir el diagnóstico.
- 3) El aumento del coste de la sanidad que representa asumir, en el precio del medicamento, la financiación de las campañas de marketing, cuando, al mismo tiempo, se están llevando a cabo políticas de contención del gasto sanitario.
- 4) El precio del fármaco limita el acceso al tratamiento de los enfermos que no pueden sufragar la prescripción.

El estado de Vermont, a instancias de la Vermont Medical Society, legisló para que estos datos con la identificación del médico solo pudieran ser vendidos con su consentimiento. Después de una batalla judicial entre el estado de Vermont y las compañías que extraían los datos, el Tribunal Supremo de Esta-

dos Unidos dictó que, en última instancia, la comercialización de la lista está protegida por la primera enmienda de la Constitución estadounidense,⁶⁵ porque es la que protege la «conversación comercial».

Así, los perfiles de prescripción de los cuales se obtiene material sensible que puede comprometer la seguridad de los pacientes se convierten en un producto comercial de compraventa, además de usarse para manipular a los médicos. La venta de los perfiles, encriptados en cuanto a los datos de los pacientes, pero no en cuanto a los de los médicos, reporta beneficios económicos al vendedor y no atenta, aparentemente, contra la intimidad y confidencialidad de los pacientes, ya que son datos anónimos. Pero la neutralidad moral es solo aparente, ya que, a la larga y con los recursos informáticos adecuados, se identifica a los pacientes. En consecuencia, por un lado, se deja al descubierto la intimidad de estos últimos y, por otro, se atenta contra la confidencialidad de la RMP al hacer público el tratamiento, uno de los productos de la relación médico-paciente. Todo ello sin que el paciente, sujeto de derechos inalienables, haya dado su consentimiento.

2.2.2.2. El informe de la California Healthcare Foundation

La California Healthcare Foundation (en adelante, CHF) se define como una organización que señala el camino para conseguir una mejor asistencia para todos los californianos, y, en particular, para aquellos cuyas necesidades no están bien cubiertas por el statu quo. La CHF trabaja para asegurar que la gente pueda acceder a la asistencia que necesita, cuando lo precisa y a un precio que pueda permitirse.⁶⁶

Esta organización, en 2005, publicó el *National Consumer Health Privacy Survey 2005*,⁶⁷ que es el informe de las respuestas a una encuesta llevada a cabo entre dos mil estadounidenses, de los cuales mil de ellos eran californianos, sobre la tecnología de información de la salud. Los resultados muestran el grado de preocupación de los encuestados acerca de la confidencialidad de los datos de sus historias clínicas:

⁶⁵ CURFMAN, G. D.; MORRISSEY, S. y DRAZEN, J. M. «Prescriptions, Privacy, and the First Amendment», *The New England Journal of Medicine*. 26 de mayo de 2011; 364(21): págs. 2053-2055. Se puede consultar en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe1104460#t=article>.

⁶⁶ Véase <http://www.chcf.org/about/financial-reports> (consultado el 20-6-2017).

⁶⁷ California Healthcare Foundation. *National Consumer Health Privacy Survey 2005*. Se puede consultar en: <http://www.chcf.org/-/media/MEDIA%20LIBRARY%20Files/PDF/PDF%20C/PDF%20ConsumerPrivacy2005ExecSum.pdf>.

- 1) Entre los encuestados hay miembros de minorías étnicas y raciales, de los cuales un 73 % expresa su preocupación.
- 2) Hasta el 52 % de los que contestan se muestran inquietos, porque esos datos podrían llegar a los empresarios y limitar las oportunidades de conseguir un trabajo.
- 3) Este miedo hace que uno de cada ocho encuestados haya emprendido maniobras para proteger su intimidad, como, por ejemplo, no usar los servicios del seguro médico para someterse a un análisis de sangre o pedir al médico que maquille ligeramente un diagnóstico.
- 4) En cambio, el 98 % no pone ningún obstáculo a que su médico acceda a esa información o que la comparta con otro médico en caso necesario.

Estos resultados, aunque la población del estudio sea reducida, ponen de manifiesto la inquietud social acerca de la confidencialidad de la historia clínica y del miedo a que la intimidad sea divulgada.

2.2.2.3. Otros informes sobre la confidencialidad

Este informe de la CHF no se ha vuelto a publicar, pero sí han aparecido otros artículos que hacen referencia a la preocupación por la confidencialidad y la seguridad de las historias clínicas electrónicas y de la información extraída de la historia clínica y transmitida por fax o correo electrónico. El informe *Individuals' Perceptions of Privacy and Security of Medical Records*, publicado en junio 2015 por The Office of the National Coordinator for Health Technology⁶⁸ de Estados Unidos, muestra los datos de las encuestas de 2012-2013, que recogen que siete de cada diez encuestados expresan inquietud por la custodia de la confidencialidad y por la seguridad, y hasta el 13 % de estos oculta información a su proveedor sanitario por temor a las brechas en la confidencialidad.⁶⁹ Los encuestados también se muestran preocupados por quién tiene acceso a sus datos cuando estos se transmiten electrónicamente. Igual que ocurre con los resultados de la encuesta de la CHF, es importante subrayar que en este

⁶⁸ PATEL, V.; HUGHES, P.; SAVAGE, L. y BARKER, W. *Individuals' Perceptions of the Privacy and Security of Medical Records*, The Office of the National Coordinator for Health Technology. 27 de junio de 2015. Se puede consultar en: <https://www.healthit.gov/sites/default/files/briefs/oncdatabrief27june2015privacyandsecurity.pdf>.

⁶⁹ CAMPOS-CASTILLO, C. y ANTHONY, D. L. «The Double-Edged Sword of Electronic Health Records: Implications for Patient Disclosure», *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMA*. Abril de 2015; 22(e1): e130-140. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25059953>.

caso los pacientes no desconfían de la historia clínica electrónica ni de la necesidad de compartir la información entre los distintos proveedores sanitarios que participan en la atención.

El objetivo último de la comercialización de los datos de la prescripción no es ni altruista ni busca conseguir una prescripción adaptada a la evidencia científica, sino que pretende cambiar los hábitos de prescripción de los médicos mediante la introducción de intereses comerciales en la RMP, que, además de la preocupación que generan sobre la preservación de la intimidad y confidencialidad, encarecen el medicamento al añadir al precio de este los costes de la promoción comercial.⁷⁰⁻⁷³ Este aumento de costes lo sufraga el pagador, ya sea el propio paciente, la compañía de seguros o el Estado. El precio de las medicinas es uno de los factores que limitan el acceso a ellas, como pone de manifiesto el informe de Canadá, en el que se denuncia que al no existir una cobertura sanitaria universal que garantice el acceso a los medicamentos, según los resultados de una encuesta de julio de 2015 el 14 % de los encuestados o alguno de sus allegados no habían podido comprar un medicamento y un 9 % más no renovó una prescripción o dejó de tomar alguna dosis debido al coste.⁷⁴

Como consecuencia de todo ello, la venta de los perfiles de prescripción para la promoción personalizada de fármacos literalmente expone la intimidad de los pacientes y viola la confidencialidad de la RMP. Aunque, a cambio, distribuye la información de productos nuevos, lo cual podría mejorar la calidad de la prescripción y permitir la comparación de los precios de los medicamentos.

⁷⁰ MELLO, M. M. y MESSING, N. A. «Restrictions on the Use of Prescribing Data for Drug Promotion», *The New England Journal of Medicine*. 29 de septiembre de 2011; 365(13): págs. 1248-1254. Se puede consultar en: <http://www.shifa.com.pk/journals/filez/1248.pdf>.

⁷¹ STEINBROOK, R. «For Sale: Physicians' Prescribing Data», *The New England Journal of Medicine*. 20 de junio de 2006; 354: págs. 2745-2747. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMpo68125#t=article>.

⁷² ROLNICK, J.; ASCH, D., HALPERN, S. «Delegalizing Advance Directives – Facilitating Advance Care Planning», *The New England Journal of Medicine*. 1 de junio de 2017; 376 (22): págs. 2015-2017. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28564570>.

⁷³ PETERSEN, C.; DEMURO, P.; GOODMAN, K. W. y KAPLAN, B. «Sorrell v. IMS Health: Issues and Opportunities for Informaticians», *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMA*. 1 de enero de 2013; 20(1): págs. 35-37. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23104048>.

⁷⁴ MORGAN, S. G.; GAGNON, M. A.; MINTZES, B. y LEXCHIN, J. «A Better Prescription: Advice for a National Strategy on Pharmaceutical Policy in Canada», *Healthcare policy*. Agosto de 2016; 12(1): págs. 18-36. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27585023>.

2.2.3. La publicidad dirigida a los médicos

En 2010, David Henry, de la Universidad de Toronto (Ontario, Canadá), escribió un editorial para la revista digital *PLoS Med*,⁷⁵ que es una publicación que se declara sin conflictos de interés. En dicho editorial comenta otro artículo, que vio la luz en el número de octubre de la misma revista,⁷⁶ sobre la revisión realizada por varios autores de Australia, Canadá y Malasia, que analizan el efecto sobre la calidad, la cantidad y el coste de la prescripción de los médicos expuestos al material de promoción de las compañías farmacéuticas. Estos autores realizaron una revisión de 58 artículos publicados sobre este tema.

Para D. Henry, los vínculos entre los médicos y las compañías farmacéuticas conllevan múltiples riesgos, que él resume en cinco puntos:

- 1) Crean conflictos éticos: conflictos de compromiso y de interés debido a las distintas lealtades a las que ha de atender el médico: el paciente, el financiador de la RMP (el Estado, una aseguradora médica o el propio paciente), la compañía farmacéutica y los conocimientos de la medicina.
- 2) Generan prescripciones inadecuadas que pueden afectar o incluso lesionar a los pacientes.
- 3) Acarrear el uso de medicación innecesaria y cara, cuyo coste recae en el paciente, la aseguradora o el sistema sanitario.
- 4) Medicalizan la vida, e incluso crean enfermos a partir de variantes menos frecuentes de la normalidad o modificando el rendimiento o medicalizando el envejecimiento.⁷⁷
- 5) Reducen el prestigio de los médicos a ojos del público y del Estado, lo cual resta autoridad para la defensa de la salud de los pacientes, de la sociedad y de la profesión.

No obstante, a favor se argumenta que para los médicos esta relación con la industria puede ser valiosa, ya que les proporciona información científica y educativa, además de reportarles beneficios económicos.

⁷⁵ HENRY, D. «Doctors and Drug Companies: Still Cozy after All These Years», *The International journal of risk & safety in medicine*. 2011; 23(1): págs. 7-10. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21507781>.

⁷⁶ SPURLING, G. K.; MANSFIELD, P. R.; MONTGOMERY, B. D.; LEXCHIN, J.; DOUST, J.; OTHMAN, N. y VITRY, A. I. «Information from Pharmaceutical Companies and the Quality, Quantity, and Cost of Physicians' Prescribing: a Systematic Review», *PLoS Medicine*. 19 de octubre de 2010; 7(10): e1000352. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20976098>.

⁷⁷ Uso de fármacos para aumentar el rendimiento deportivo, de facilitadores de la función eréctil, de flibanserina, etc.

Los médicos que ejercen en zonas aisladas o con escasez de recursos acceden con más dificultad a las innovaciones que sus colegas de las zonas ricas y pobladas. Para algunos profesionales, la relación con la industria es la fuente de información más común sobre nuevos productos sanitarios o sobre eventos científicos; además, pueden obtener muestras gratuitas para distribuir las entre los pacientes que no puedan pagar los fármacos (aunque esta también sea una manera de fidelizar al paciente y, a la larga, de vender más); pueden recibir regalos para la consulta: material de escritorio (bolígrafos, blocs de notas), equipamiento (ordenadores, software, fonendoscopios, esfigmógrafos, tensiómetros, etc.), o invitaciones a cursos de formación, congresos, charlas sobre productos médicos, cenas, etc. Este vínculo con la industria puede parecer beneficioso para el médico, ya que consigue beneficios económicos, así como por la financiación de la formación y la actualización de conocimientos, y también laborales, porque le proporciona oportunidades de trabajo como consultor, experto o investigador. Pero, a cambio, el médico deja su formación en manos de otros y se expone a la manipulación y a perder imparcialidad. En todos estos casos, el beneficio para el paciente solo se produciría si realmente se consigue una mejor formación del profesional que redunde en provecho del paciente y en un uso más eficiente de los recursos.

La pregunta clave, sin embargo, es si realmente los médicos expuestos a este material de formación prescriben con más calidad, oportunidad y menor coste. A esta pregunta intentan contestar Geoffrey K. Spurling *et al.* en un artículo realizado a partir de una revisión bibliográfica⁷⁸ que incluye 58 trabajos publicados. Las conclusiones de este artículo son utilizadas por D. Henry en el editorial de la citada revista. G. K. Spurling *et al.*, en su artículo, se enfrentan a dificultades metodológicas que se pueden englobar en dos: la primera nace del poco rigor de los estudios que han encontrado y tenido que usar para su análisis, a diferencia del rigor con que Spurling *et al.* llevan a cabo el suyo. La segunda dificultad reside en que la mayoría de los estudios son observacionales. En el artículo consideran que un médico ha sido expuesto al material promocional si se produce cualquiera de las siguientes situaciones: ha recibido visitas de los representantes de la empresa farmacéutica o publicidad en las publicaciones médicas periódicas, ha asistido a reuniones patrocinadas, ha recibido información a través de los servicios postales, ha recibido software para la prescripción o ha participado en estudios patrocinados.

⁷⁸ SPURLING, G. K.; MANSFIELD, P. R.; MONTGOMERY, B. D.; LEXCHIN, J.; DOUST, J.; OTHMAN, N. y VITRY, A. I. «Information from Pharmaceutical Companies and the Quality, Quantity, and Cost of Physicians' Prescribing: a Systematic Review», *PLoS Medicine*. 19 de octubre de 2010; 7(10); e1000352. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20976098>.

El punto de partida de estos autores son estas dos premisas:

- 1) Las campañas de promoción de los productos farmacéuticos distribuyen la información con la finalidad de mejorar la prescripción.
- 2) La comparación de precios entre diferentes productos del mercado puede permitir ahorrar recursos o emplearlos mejor.

Los autores encuentran, sin embargo, poca evidencia que apoye estas premisas y, en cambio, hallan mayor evidencia del aumento de los costes y disminución de la calidad de la prescripción. De ahí que concluyan que el material de promoción de las compañías farmacéuticas o no tiene efecto alguno, o tiene un efecto indeseable sobre la calidad, la cantidad o el coste de la prescripción, ya que constatan una mayor frecuencia de prescripción (más medicamentos), costes más elevados o una peor calidad de la prescripción. Es decir, los autores no encuentran evidencia de mejora de la prescripción, aunque no pueden excluir del todo esta posibilidad.

En la conclusión, Spurling *et al.* preconizan aplicar el principio de precaución y evitar la promoción publicitaria de medicamentos, incluso la dirigida a los médicos.

Otro problema que subyace en la promoción publicitaria de fármacos a los médicos es quién o cómo se financia la formación y la actualización de conocimientos de los profesionales.⁷⁹ El riesgo de aceptar que la financiación de la formación de los profesionales sanitarios corra a cargo de la industria es que, como se ha argumentado antes, los conocimientos médicos y la profesión estén dirigidos por la industria y no por las necesidades de los pacientes o por la voluntad de saber.

Hoy en día, las posibilidades de formación se han ampliado de manera notable y muchas de ellas son gratuitas. Los recursos que internet pone a disposición de los usuarios permiten acceder a un gran número de páginas de actualización de los conocimientos médicos, páginas de solvencia reconocida avalada por instituciones y gobiernos, como, por ejemplo, las dedicadas a las guías terapéuticas, a los protocolos y a los algoritmos de actuación como el National Prescribing Service de Australia o el National Prescribing Center/ SIGN del Reino Unido, o las más generales de la Haute Autorité de Santé de Francia o de los Center for Diseases Control estadounidenses. Estas iniciativas de formación y actualización emprendidas por algunos gobiernos han ido acompañadas de algunas acciones

⁷⁹ DEJONG, C. y DUDLEY, A. «Reconsidering Physician-Pharmaceutical Industry Relationships», *JAMA*. Mayo de 2017; 317(17): págs. 1772-1773. Se puede consultar en: <http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2623589>.

legislativas y de autorregulación por la propia industria, como se explicará más adelante. En contra de esta actitud, digamos prudente, juega la presión por la novedad, por lo «último de lo último», y esta es la baza de la formación patrocinada por la industria farmacéutica, junto con la cercanía humana de la relación personal con los representantes de la industria, la posibilidad de consultar directamente con expertos, el foro con otros colegas o los premios asociados.

Los beneficios que esta técnica de mercado aportan al médico son, sobre todo: recibir de la industria la información comercial sobre medicamentos o sobre dispositivos médicos de manera personalizada, adaptada a su consulta y actualizada. Pero el objetivo de la personalización, sin embargo, no es suministrar mayor evidencia científica, sino comercializar un producto.

Los beneficios que aportan a los pacientes son marginales y un producto más caro, teniendo en cuenta, como ya se ha visto, que la promoción es comercial, que ensalza los valores del producto, que no se basa de manera necesaria en la evidencia científica y que el diseño de la campaña va dirigido a conseguir un mayor beneficio comercial.⁸⁰ No se está cuestionando aquí que los medicamentos sean un elemento clave para el tratamiento de las enfermedades y que su uso sea capaz de cambiar el panorama de la patología. El tratamiento del sida es un paradigma de cómo los fármacos han convertido una enfermedad con una mortalidad del cien por cien en el plazo de meses en una enfermedad crónica con una esperanza de vida que se va acercando a la de la población que no está afectada por esta patología. Lo que se cuestiona es la presión comercial para favorecer la elección de un medicamento y no de otro.

No hay duda de que el precio de los fármacos es una de las causas que limitan los tratamientos o que condicionan los abandonos o los seguimientos erráticos.⁸¹⁻⁸² En Canadá, en una encuesta nacional publicada en 2015, se halló que el 14 % de los encuestados o de los miembros de su familia no habían comprado medicamentos en alguna ocasión debido al coste. Este porcentaje era variable y afectaba más a unas provincias canadienses que a otras: en Que-

⁸⁰ PETERSEN, C.; DEMURO, P.; GOODMAN, K. W. y KAPLAN, B. «Sorrell v. IMS Health: Issues and Opportunities for Informaticians», *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMA*. 1 de enero de 2013; 20(1): págs. 35-37. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23104048>.

⁸¹ MORGAN, S. G.; GAGNON, M. A.; MINTZES, B. y LEXCHIN, J. «A Better Prescription: Advice for a National Strategy on Pharmaceutical Policy in Canada», *Healthcare policy*. Agosto 2016; 12(1): págs. 18-36. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27585023>.

⁸² DEJONG, C. y DUDLEY, A. «Reconsidering Physician-Pharmaceutical Industry Relationships», *JAMA*. Mayo de 2017; 317(17): págs. 1772-1773. Se puede consultar en: <http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2623589>.

bec y Manitoba el porcentaje era del 19 % de los encuestados, y en la Columbia Británica, el 29 %. Es decir, que el coste de los fármacos condiciona el acceso a ellos y a la salud, y, por lo tanto, es imprescindible que, a la hora de prescribir, el médico considere el precio de los medicamentos que prescribe.

En resumen, la objeción a la comercialización de las listas de prescripción con los datos identificadores de los prescriptores y los datos encriptados del paciente se basa en tres motivos: los relacionados con el paciente, con la RMP y con la sociedad.

- 1) En cuanto a los relacionados con el paciente, no se centra la atención en él y se atenta contra su intimidad y la confidencialidad de sus datos personales. En este sentido, compromete doblemente la seguridad de los pacientes, En primer lugar, porque promueve el cambio a medicamentos nuevos y, en consecuencia, menos conocidos en cuanto a la toxicidad a largo plazo, o a la infrecuente pero grave. Y, en segundo lugar, porque la efectividad de estos nuevos productos se desconoce a largo plazo. Además, se considera la salud como un bien de consumo más en el mercado.
- 2) Atenta contra la RMP, porque pone en jaque la confianza del paciente hacia el médico y hacia el sistema sanitario cuando se conoce que la prescripción es fruto del marketing.

La presión sobre el médico para que cambie la prescripción no está motivada por la evidencia científica.

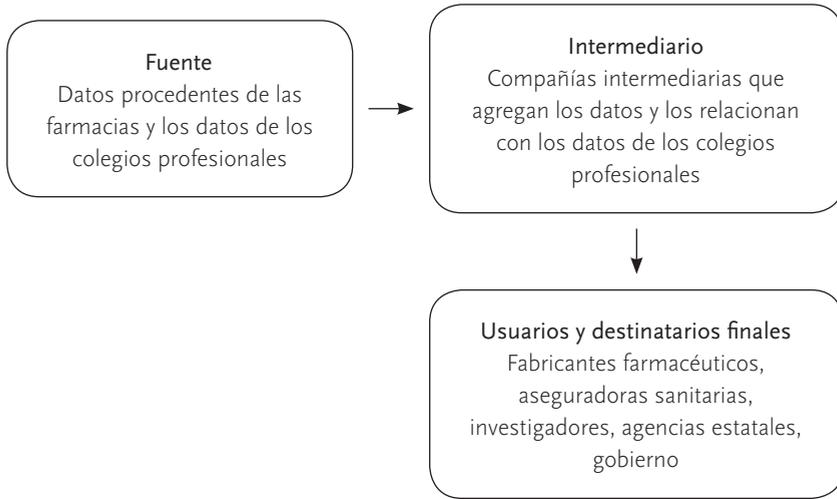
No atiende a la eficiencia, porque los nuevos fármacos no suelen incluirse en las guías de tratamiento ni en los protocolos. En cambio, se sabe que el seguimiento de los protocolos abarata el coste de la asistencia, porque preconiza el uso de medicamentos baratos.

En definitiva, la presión comercial acaba incrementando el coste de la sanidad.

2.2.4. Los códigos de buenas prácticas y los registros de las aportaciones económicas

La RMP necesita ser financiada, como ya se ha analizado en el capítulo anterior. En la financiación intervienen diversos factores, aunque, en general, la mayor parte la aporta el Estado, las compañías de seguros y los pacientes. Además, existen algunos aspectos de la relación bajo la influencia y la presión de las reglas comerciales.

Las presiones para que se convierta en una relación comercial y el sobrecoste generado, como el mencionado de los perfiles de prescripción, han hecho

Gráfico 1. El procedimiento de la minería de datos⁸³

que, desde las organizaciones profesionales, desde el poder legislativo y también desde la propia industria farmacéutica, se busquen medidas que palien esos defectos:

- 1) La American Medical Association (AMA) de Estados Unidos, en cuyos archivos se encuentra la relación de todos los médicos estadounidenses, con su filiación, tipo de ejercicio profesional y prerrogativas profesionales, y que es la vendedora de las listas que incluyen esos datos, beneficiaria y responsable de la venta, creó un registro donde pueden inscribirse los profesionales que quieran limitar la venta de sus datos personales. En él puede inscribirse cualquier profesional, aunque no sea miembro de la AMA. El número de profesionales inscritos en él es comparativamente pequeño, tal vez porque es poco conocido y solo lo puede activar el propio profesional. Las listas vendidas por la AMA se incorporan a las listas de datos vendidas por las farmacias, con lo que se establecen grandes bases de datos que relacionan a los médicos con la prescripción o, lo que es lo mismo, analizan a los médicos en tanto que prescriptores. Y estos son los datos críticos que usan las compañías vendedoras de productos farmacéuticos para promocionar sus productos (véase el gráfico 1, El procedimiento de la minería de datos).

⁸³ MELLO, M. M. y MESSING, N. A. «Restrictions on the Use of Prescribing Data for Drug Promotion», *The New England of Journal Medicine*. 29 de septiembre de 2011; 365(13): págs. 1248–1254. Se puede consultar en: <http://www.shifa.com.pk/journals/filez/1248.pdf>.

En España, las organizaciones profesionales sancionan, a través de los códigos deontológicos, las prácticas que cuestionan la honestidad de los profesionales o ponen en cuestión los valores profesionales. El Consejo General de Colegios de Médicos de España publicó una declaración el 1 de octubre de 2005 que, entre otras cosas, afirma:

El 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 los gastos.

- 2) Algunos estados de Estados Unidos han probado soluciones legislativas, como, por ejemplo, limitar o prohibir la comercialización de estos datos para fines distintos del interés de los pacientes, la salud pública o la investigación, y estas leyes han sido motivo de litigio ante los tribunales y han llegado al Tribunal Supremo. En su resolución, esta institución considera que la información que se suministra en la visita médica es valiosa y tiene un carácter educativo, y que la confidencialidad sobre los datos de los pacientes debe ser preservada. Michelle M. Mello *et al.*, autores del artículo de *The New England Journal of Medicine*,⁸⁴⁻⁸⁵ destacan que eliminar la posibilidad de tener una conversación sobre los medicamentos que se usan en una consulta (información que se obtiene a través de los perfiles de prescripción) hubiera dificultado los trabajos de investigación sobre la prescripción. Esta sentencia, además, ha despertado el temor a que las políticas de salud pública puedan ser interpretadas como una obstrucción a la conversación libre o como si se tratase de silenciar mensajes que se enfrentan a la opinión del Gobierno. Esta decisión del Tribunal Supremo puede tener consecuencias en otros campos de la salud pública, a saber, sobre la publicidad del tabaco o sobre el uso de medicamentos para indicaciones distintas de las reseñadas en la ficha técnica; es decir, limita la acción del Gobierno sobre temas considerados nocivos para la salud pública. Como ya se ha comentado antes, el Tribunal Supremo de Estados Unidos rechazó argumentos tan importantes como los del coste, la confidencialidad y la seguridad clínica amenazada por

⁸⁴ MELLO, M. M. y MESSING, N. A. «Restrictions on the Use of Prescribing Data for Drug Promotion», *The New England of Journal Medicine*. 29 de septiembre de 2011; 365(13): págs. 1248–1254. Se puede consultar en: <http://www.shifa.com.pk/journals/filez/1248.pdf>.

⁸⁵ STEINBROOK, R. «For Sale: Physicians' Prescribing Data», *The New England of Journal Medicine*. 29 de junio de 2006; 354: págs. 2745–2747. Se puede consultar en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp068125#t=article>.

la prescripción de medicamentos mal conocidos dada su incorporación reciente a la práctica clínica, pero insistentemente publicitados, y, optó por considerar el concepto de rentabilidad en lugar de otros como el de la salud, puesto que resolvió que deberían fomentarse vías alternativas que intenten convertir las prácticas comerciales en no rentables. Esta decisión del Tribunal Supremo tal vez promueva que los médicos quieran inscribirse en las listas de profesionales que se oponen a que sus datos puedan ser usados. Sin embargo, esta decisión obliga a iniciar un camino burocrático tedioso que consume un tiempo privado.

La presión que ejerce la industria para conseguir cambiar los hábitos de prescripción es bien conocida desde hace muchos años. Ya en 1991 la revista *JAMA* publicó unas directrices sobre los regalos de la industria a los médicos. Y, desde entonces, han ido apareciendo regulaciones en Europa, Canadá, Australia y Asia para evitar que esta presión desemboque en un mal uso de la prescripción de medicamentos. Una de las medidas más propuestas es la transparencia de las relaciones entre la industria y los profesionales.

La Physicians Payments Sunshine Act (en adelante, PPSA) de Estados Unidos, de 2010, entre otros aspectos, contempla la publicación anual de las transferencias financieras realizadas por los fabricantes (de fármacos, dispositivos, productos biológicos o productos sanitarios) que trabajan para Medicare, Medicaid y el Child's Health Insurance Program a los hospitales docentes y a los profesionales sanitarios (médicos, osteópatas, dentistas, cirujanos dentales, podólogos, optometristas y quiroprácticos). La primera publicación incluyó cinco meses de 2013 y, actualmente, ya se han publicado los informes completos de 2014 y 2015. Esta publicación ofrece información sobre cualquier tipo de pago (económico u otro) a los médicos y se puede acceder a ella con libertad por internet.⁸⁶

En el núcleo de la PPSA está que una transparencia absoluta en las relaciones entre los profesionales sanitarios y la industria podría ayudar a los pacientes a tomar decisiones bien informadas sobre sus profesionales sanitarios y que, tal vez, también ayudara a contener los costes. Esta es una visión novedosa y utilitarista, porque se apoya en el paciente y no en la ética de la virtud para los médicos.

La cantidad de datos vertida en esos informes es muy grande, gracias al número de profesionales implicados y también a los diferentes tipos de actuaciones financiadas por la industria. Los primeros informes han mostrado

⁸⁶ Véase <https://openpaymentsdata.cms.gov/> (consultado el 27-6-2017).

cierta confusión en la definición de cuáles son los actos que debían declararse, lo que, debido a la falta de contextualización, dificulta la interpretación. Estos problemas, si no se corrigen, pueden tener efectos negativos en la profesión médica y el conocimiento, ya que pueden llegar a distanciar a los médicos clínicos de algunas actividades de investigación financiadas por la industria y no necesariamente retribuidas.

A este respecto, en su artículo, Drikan Toroser y Kim Pepitone⁸⁷ aportan un ejemplo ilustrativo cuando advierten que no está claro cómo incluir en el registro que recoge las transferencias de la industria a los profesionales la ayuda editorial para escribir un artículo, cuyo tema puede ser propuesto o no por la industria, sin que haya retribución para el autor ni compromiso intelectual con la misma industria. En los casos en los que el autor es el único responsable de sus opiniones no queda claro cómo reflejarlo en el registro, y tampoco, en la investigación, es fácil saber qué se debe reseñar: si todo lo percibido de la industria, o se pueden excluir los gastos que conlleva el proyecto, e inscribir tan solo lo que se puede considerar honorarios del investigador.⁸⁸ La falta de claridad de algunos aspectos puede alejar a los médicos clínicos de esas colaboraciones con la industria, que, indudablemente, son fructíferas en cuanto a conocimientos y que, además, aportan la perspectiva de la realidad de la práctica clínica. Esta situación puede generar dos equipos de investigadores en paralelo y sin puntos de unión: los financiados por la industria y los que no lo están, lo cual irá en detrimento de la investigación y de la innovación.

En España también aparecen artículos de opinión sobre el cambio que se está produciendo en la relación de la industria con los médicos respecto a la transparencia. Antes de introducir un medicamento en el mercado, la industria necesita que estos participen en el desarrollo de la investigación por ser los únicos que tienen acceso a los enfermos, lo cual convierte a estos profesionales en un bien codiciado. El registro de participación en ese desarrollo es una actividad remunerada, que puede verse limitada a consecuencia de una interpretación e implementación de la transparencia inadecuadas.⁸⁹

⁸⁷ TOROSER, D. y PEPITONE, K. «Two Years into the Sunshine Act: Synopsis of Opportunities, Challenges, Learnings, and Potential Implications», *Current Medical Research and Opinion*. Noviembre de 2016; 32(11): págs. 1899-1902. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27488885>.

⁸⁸ FRISHMAN, W. H. «Reflections on the Physicians Payment Sunshine Act», *The American Journal of Medicine*. Enero de 2016; 129(1): págs. 3-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26291906>.

⁸⁹ Véase <http://www.redaccionmedica.com/opinion/el-codigo-de-farmaindustria-y-la-presion-de-los-laboratorios-4389> (consultado el 27-6-2017).

La publicación de los datos también depara sorpresas, ya que la cuantía que perciben los profesionales es muy desigual. Por ejemplo, más del 40 % de los pediatras estadounidenses recibieron alguna ayuda de la industria,⁹⁰ que distribuyó aproximadamente 32 millones de dólares entre los médicos de la especialidad, pero la media de los pagos a los pediatras en el año 2014 fue muy inferior a 100 \$. Otro problema del registro se refiere a la valoración de las aportaciones económicas de la industria, ya que no es lo mismo recibir una invitación para cenar que colaborar en un estudio clínico de investigación y ser retribuido por ello. Aunque todo se reduzca a dinero, el contexto es muy diferente.

Otro aspecto muy distinto, pero relacionado con una de las finalidades últimas del registro, es saber si en realidad la publicación de estos datos ayuda a los pacientes a tomar decisiones. Es evidente que si la interpretación de los datos es compleja o la navegación por la página del registro es poco intuitiva y poco amigable, la mayoría del público no los consultará. No obstante, los datos solo se publican desde julio 2013, y todavía es pronto para apreciar un impacto.

Está por ver cómo se resuelve el problema en los países en los que se ha legislado en este sentido. Una solución ya utilizada para algunos ensayos clínicos es realizar la investigación en países donde no se ha legislado todavía sobre la transparencia de las relaciones entre los médicos y la industria.

La industria farmacéutica contribuye con generosidad a la formación de los profesionales sanitarios mediante las ayudas a la formación continuada y a la docencia, y también difundiendo información sobre las innovaciones farmacéuticas. Una parte de esa información se puede interpretar como formación continuada y docencia, pero, al mismo tiempo, como un incentivo para el consumo de los productos de la compañía o, en un lenguaje llano, publicidad más o menos disfrazada y conseguir fidelizar a los médicos.

Para evitar las interpretaciones erróneas con respecto a los incentivos a los médicos, la industria farmacéutica se ha comprometido a realizar una incentivación responsable. Este compromiso se plasma en códigos de buenas prácticas.

En Europa, la European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA) publicó el *Code on Disclosure of Transfers of Value from*

⁹⁰ GABLER, N. B.; COONEY, E.; SMALL, D. S.; TROXEL, A. B.; ARNOLD, R. M.; WHITE, D. B. *et al.* «Default Options in Advance Directives: Study Protocol for a Randomised Clinical Trial», *BMJ Open*. 6 de junio de 2016; 6(6): e010628. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27266769>.

Pharmaceutical Companies to Healthcare Professionals and Healthcare Organizations (versión aprobada el 6 de junio de 2014). Además de las obligaciones que contrae acerca de la prescripción responsable basada en la evidencia científica, la EFPIA se compromete a publicar en 2016, con los datos de 2015, los pagos, las transferencias de valores o en especies realizados a los profesionales y a las organizaciones sanitarias. Y considera profesionales sanitarios a todos aquellos que son profesionales médicos, odontólogos, farmacéuticos o enfermeras que pueden prescribir, comprar, suministrar o administrar medicamentos a humanos. Las publicaciones las harán públicas en el país donde tiene la residencia laboral el profesional y en el idioma del país.⁹¹⁻⁹²

En España, el 1 de enero de 2014 entró en vigor el código elaborado por Farmaindustria, el Código de Buenas Prácticas de la Industria Farmacéutica,⁹³ en el que esta asociación nacional empresarial de la industria farmacéutica manifiesta, explícitamente y por escrito, el compromiso con la prescripción responsable y basada en la evidencia científica. Farmaindustria declara en la Introducción del código:

La industria farmacéutica española se compromete a promover el bienestar de los pacientes y una asistencia sanitaria de calidad llevando a cabo sus actividades según criterios éticos de profesionalidad y responsabilidad. Los laboratorios farmacéuticos, como parte integrante del sistema sanitario, pueden y deben colaborar en la generación y mantenimiento de la confianza en que las decisiones vinculadas con la prescripción de los medicamentos se llevan a cabo en base a la mejor calidad asistencial para los pacientes.

En España, desde 2015, se publican agregados los datos de las transferencias de valor de la industria a los médicos. La publicación se realiza de forma agregada, ya que, al principio, se alegó que el consentimiento del profesional era necesario para que esos datos fueran revelados públicamente. El 22 de abril de 2016, la Agencia Española de Protección de Datos reconoció que la publicación de estos de manera individual era de interés para la ciudadanía, por lo que, a partir de 2018, se publicarán con el nombre del profesional y la cuantía

⁹¹ Véase <http://transparency.efpia.eu/the-efpia-code-2> (consultado el 27-6-2017).

⁹² EFPIA. «Code on “Code on Disclosure of Transfers of Value from Pharmaceutical Companies to Healthcare Professionals and Healthcare Organizations (EFPIA HCP/HCO DISCLOSURE CODE).” Frequently Asked Questions» (consultado el 27-6-2017).

⁹³ Farmaindustria. Código de Buenas Prácticas de la Industria Farmacéutica. Unidad de supervisión deontológica, Madrid, 2014. Se puede consultar en: <https://www.codigofarmaindustria.org/servlet/sarfi/elcodigo.html>.

que ha percibido. La publicación de las transferencias de valor también afecta a las organizaciones sanitarias que prestan asistencia sanitaria, social, humanitaria, de investigación, docencia o formación. En 2015, los pagos declarados a los profesionales y a las organizaciones ascendían a un valor de 207,5 millones de euros, de los cuales 99,5 millones eran en I+D.

Por ejemplo, la compañía Grifols, en 2015, desembolsó en España, 9,5 millones de euros, de los cuales 8,2 millones fueron ayudas a la investigación. Para los profesionales, la compañía destinó 561.452 €. Esta suma se destinó a ayudas directas a 498 médicos: *a)* 16.971 € en inscripciones a congresos, *b)* 253.730 € en desplazamientos y alojamientos para asistir a conferencias, *c)* 125.615 € en honorarios directos y, *d)* 45.136 € en retribuciones por prestación de servicios. La ayuda a las organizaciones profesionales distribuyó, entre 65 sociedades, un monto total de 790.259 €: *a)* donaciones directas 427.348 € y *b)* colaboraciones y patrocinios 346.172 €. ⁹⁴

A pesar de todas estas declaraciones de buenas intenciones y de los códigos de buenas prácticas, las compañías o sus ejecutivos transgreden esos límites autoimpuestos, como ha denunciado Peter Gotzsche en su libro *Medicamentos que matan y crimen organizado*,⁹⁵ o como sucedió en el caso de Glaxosmithkline en China.

El 19 de septiembre de 2014, *El País*, entre otros periódicos, publicó la noticia de que la empresa farmacéutica británica Glaxosmithkline había sido condenada por sobornos en los hospitales chinos por un tribunal de aquel país. Los sobornos estaban relacionados con la promoción de la venta de medicamentos de la compañía, y usaban la fórmula de financiaciones ficticias de viajes o asistencia a congresos. Los sobornos repercutieron en el precio de los fármacos. La condena impuso una multa de 379 millones de euros y penas de cárcel de hasta tres años para el principal empleado ejecutivo, pena que no ha llegado a cumplir. La empresa reconoció los cargos y el veredicto, y aceptó pagar la multa.⁹⁶ Las nuevas preguntas que surgen frente a esta situación son cuál es el tratamiento fiscal de esa multa, y si, según cuál sea, es posible que pase a ser financiada por los propios pacientes o por los financiadores de la RMP.

⁹⁴ http://cincodias.com/cincodias/2016/06/30/empresas/1467316585_597942.html, http://cincodias.com/cincodias/2016/05/26/empresas/1464266902_375073.html, http://cincodias.com/cincodias/2016/06/27/empresas/1467030077_987492.html (consultado el 1-2-2018).

⁹⁵ GOTZSCHE, P. *Medicamentos que matan y crimen organizado*. P. Gros Calsina (trad.), Los Libros del Lince, Barcelona, 2014, pág. 63.

⁹⁶ www.sociedad.elpais.com/sociedad/2014/09/19/actualidad/1411133411_611044.html (consultado el 27-6-2017).

2.2.5. La presión sobre los médicos a través de otras profesiones asistenciales y de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales

La medicina basada en la evidencia no obliga tan solo a los médicos. Los profesionales no médicos que participan en la atención de los pacientes, como los farmacéuticos, que recomiendan y proporcionan medicamentos a médicos y pacientes, o los expertos de organismos encargados de elaborar recomendaciones, guías, directrices o protocolos, o los profesionales de enfermería, fisioterapia, dietética y nutrición o podología, también deben seguir las recomendaciones de la medicina basada en la evidencia, si, como se ha dicho, esta medicina se entiende como: «La utilización consciente, explícita, y la previa evaluación de la mejor certeza científica, para tomar decisiones relacionadas con el cuidado de la salud de las personas». Los conflictos de interés también atañen a los organismos reguladores y a las agencias que actúan como expertos de referencia. Por ello, todos estos profesionales deberían ser conscientes del sesgo que introducen los conflictos de interés y, como en el caso de los médicos, debería regularse sobre estos conflictos.

Al igual que los médicos, estos profesionales (farmacéuticos, enfermeras, nutricionistas, fisioterapeutas o podólogos) se encuentran en el punto de mira de la industria por su capacidad para prescribir o influir en la toma de decisiones sobre la prescripción.⁹⁷⁻⁹⁸ El examen social y legal al que son sometidos los médicos, como ya se ha comentado, se centra en las recomendaciones de la propia profesión médica, las medidas legislativas y los códigos de buenas prácticas de la industria. En cambio, el marketing dirigido a estos profesionales no médicos no está sometido al mismo análisis que el dirigido a los médicos, pese a que la participación de los profesionales no médicos en el cuidado de los pacientes es muy activa y, a veces, incluso nuclear, como, por ejemplo, el papel de enfermería en la atención, o el de los nutricionistas en el tratamiento de la diabetes gestacional, en los trastornos de la absorción (celiaquía, síndrome del intestino corto), en la alternativa/sustitución de la lactancia, o, nuevo ejemplo, los especialistas en podología en la prevención y el tratamiento del pie diabé-

⁹⁷ GRUNDY, Q.; BERO, L. y MALONE, R. «Interactions between Non-Physician Clinicians and Industry: A Systematic Review», *PLoS Medicine*. Noviembre 2013; 10(11): e1001561. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24302892>.

⁹⁸ YEh, J. S. y KESSELHEIM, A. S. «Same Song, Different Audience: Pharmaceutical Promotion Targeting Non-Physician Health Care Providers», *PLoS Medicine*. Noviembre de 2013; 10(11): e1001560. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24302891>.

tico. Y, además, estos profesionales son considerados expertos, y, por lo tanto, capaces de emitir recomendaciones terapéuticas o diagnósticas y, en consecuencia, de generar gasto.

Aaron M. Tejani *et al.*⁹⁹ se preguntaron cuál era la percepción de los farmacéuticos especialistas en farmacia hospitalaria de la Columbia Británica (Canadá) acerca de la influencia de las interacciones con la industria, y publicaron el resultado de su investigación en el *Canadian Journal of Hospital Pharmacy*.

El tipo de interacciones que hallaron es similar al que tienen los médicos: visitas de los representantes comerciales, actos de formación patrocinados por la industria, comidas, pequeños regalos (material de escritorio) y grandes gratificaciones (entradas para acontecimientos deportivos, desplazamientos, etc.), y estas interacciones son igualmente frecuentes, como en el caso de los médicos. Casi todos los encuestados del estudio canadiense reconocieron alguna interacción, a pesar de que no más de un tercio reconoció que esta condicionaba su comportamiento y el de sus colegas.

Muchos de los participantes en los actos de formación patrocinados consideraron que la información suministrada era parcial, pero que no les condicionaba para recomendaciones terapéuticas. De los que contestaron la encuesta (el 48 % del total de los encuestados), el 22 % se consideró impermeable a las influencias; en cambio, sí pensaban que sus colegas no lo eran. Pero ninguno se consideró más susceptible de ser influido que sus colegas.

Estas afirmaciones de los encuestados contradicen, sin embargo, los hallazgos de las investigaciones sobre procesos cognitivos que muestran que las personas que reciben información y se las instruye para no que no se dejen influir por ella, en general no lo consiguen. Es decir, que los humanos sobreestiman sus propias capacidades y subestiman las de los demás.

Los autores opinan que es necesario que las organizaciones profesionales tomen partido y recomienden, de manera inequívoca, cuáles son las donaciones aceptables (algunas organizaciones de farmacéuticos hablan de que las donaciones personales son inaceptables). La encuesta no analizaba si la influencia era positiva, negativa o neutra; en cambio, lo que puso en evidencia fue la capacidad de introducir un sesgo, por lo que los autores apuntan: «Como el cerebro no es capaz de reconocerse engañándose a sí mismo, la única manera segura de evitar el sesgo es no exponiéndose a él».

⁹⁹ TEJANI, A. M.; LOEWEN, P.; BACHAND, R. y HARDER, C. K. «Pharmacists' Perceptions of the Influence of Interactions with the Pharmaceutical Industry on Clinical Decision-Making», *The Canadian Journal of Hospital Pharmacy*. Septiembre-octubre de 2015; 68(5): págs. 378-385. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4605461/>.

Esta investigación tiene limitaciones, porque solo incluye a los farmacéuticos de una única provincia canadiense, solo contestaron a la encuesta un número relativamente pequeño de profesionales, esta se realizó en 2010 y los resultados no se publicaron hasta cinco años después.

En 2017, Keene Saavedra *et al.* publicaron un artículo en el *International Journal of Pharmacy Practice*¹⁰⁰ en el que describen los resultados de un estudio cualitativo realizado a un grupo de farmacéuticos, entre los cuales unos ejercían en un hospital, otros de manera independiente, otros trabajaban en la venta directa al público y un último grupo desarrollaba actividades administrativas. Este artículo confirma lo que estudios anteriores habían puesto de manifiesto: la variada, frecuente e intensa interacción de los farmacéuticos con la industria y la colaboración de esta en la formación-capacitación de los farmacéuticos, aunque, como subrayan los participantes, los mayores esfuerzos de promoción de la industria farmacéutica van dirigidos a los médicos. Son, asimismo, destacables las opiniones de los farmacéuticos participantes acerca del precio de los fármacos, al que consideran excesivo; el interés limitado de los medicamentos *me-too*¹⁰¹ y la opinión negativa que comparte la mayoría sobre la publicidad dirigida al consumidor. Los autores concluyen que hasta ahora los farmacéuticos no habían sido un grupo diana para la influencia de las compañías farmacéuticas, pero que van a serlo en el futuro y que se necesitan estudios que determinen cuál es el grado de influencia de la industria en el asesoramiento de los farmacéuticos sobre los fármacos y sobre la actitud de los profesionales frente a los deberes de la profesión. También insisten en la necesidad de que las escuelas de farmacia garanticen una formación basada en información no sesgada y que instruyan a los estudiantes sobre los conflictos de interés y los riesgos de interactuar con la industria.

Quin Grundy *et al.*¹⁰² publicaron un artículo de revisión de la bibliografía desde el 1 de enero de 1946 hasta el 24 de junio de 2013, buscando estudios que hicieran referencia a las implicaciones entre la industria y los profesionales clínicos no médicos (enfermería, farmacéuticos, dietistas y fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales). Tras el proceso de selección, quince estudios de cua-

¹⁰⁰ SAAVEDRA, K.; O'CONNOR, B. y FUGH-BERMAN, A. «Pharmacist-Industry Relationships», *Int J Pharm Pract.* Diciembre de 2017; 25(6):401-410. doi: 10.1111/ijpp.12333. Epub 2017 enero de 18.

¹⁰¹ Los fármacos llamados *me-too* contienen un principio activo químicamente relacionado, y por lo general muy similar, a otro medicamento que ya existe. Es un término que suele usarse negativamente.

¹⁰² GRUNDY, Q.; BERO, L. y MALONE, R. «Interactions between Non-Physician Clinicians and Industry: A Systematic Review», *PLoS Medicine.* Noviembre de 2013; 10(11): e1001561. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24302892>.

tro países diferentes —Burkina Faso, Estados Unidos, Nueva Zelanda y Reino Unido— cumplieran los criterios establecidos. Casi la mitad de los estudios se había publicado en los últimos cinco años.

Los resultados de esta revisión muestran que los profesionales no médicos se reúnen de manera regular con los representantes de la industria. Estos encuentros son provechosos para los profesionales sanitarios no médicos porque obtienen información práctica sobre los productos sanitarios (medicamentos, material de curas, leches maternizadas, etc.) y porque a través de ellos consiguen formación patrocinada, regalos, honorarios, material de promoción o muestras gratuitas.

El artículo propone el siguiente ejemplo sobre la leche infantil sustitutiva de la leche materna: en los países en los que la distribución de muestras gratuitas de leche maternizada está regulada por ley, el reparto de dichas muestras ha decrecido hasta ser insignificante; en cambio, en los países donde no se ha legislado, como, por ejemplo, en Estados Unidos, en 2007 se seguían distribuyendo. En el ejemplo citado, en Massachusetts (Estados Unidos), en 2007 se distribuían paquetes de muestras gratuitas entre las madres lactantes, y estos podían ser como mínimo de dos tipos: los que constaban solo de leche materna y los que, junto con la leche, ofrecían también pañales. Esta práctica está totalmente desaconsejada por la OMS. El artículo también cita que la educación de las futuras madres, ese mismo año, en Glasgow (Reino Unido) y en África Occidental, incumplía las recomendaciones de la OMS sobre material informativo de los sustitutivos de la leche materna. Asimismo, los profesionales que recibían las muestras actuaban como distribuidores de dicha información. El fomento de la lactancia materna se basa en los beneficios para el recién nacido y para la madre; en cambio, al promocionar la leche maternizada se está promocionando la lactancia artificial, en particular si en la muestra gratuita se ofrecen también pañales.¹⁰³

En esta revisión, hasta el 49 % de las *nurse practitioner* considera estas actividades (recibir regalos, formación, etc.) como algo legítimo y ético, y muchos profesionales decían que eran capaces de discernir entre lo que es información de lo que es promoción.¹⁰⁴ Los autores destacan otros ejemplos de interrelación de los profesionales clínicos no médicos con la industria farmacéutica: el papel del personal de quirófano, sobre todo enfermería, en la elección y asesoría para la compra de material, ya que muchas veces es él el usuario final de esos productos (monitoreización, esterilización, etc.); y la relación con los proveedores de material para las

¹⁰³ En España, los pañales suelen costar entre 0,15 y 0,25 €/unidad, y representan un coste notable del cuidado de los lactantes, por lo que esos regalos pueden contribuir al abandono de la lactancia materna.

¹⁰⁴ Opinión que ya se ha discutido antes.

Cuadro 3. Frecuencia de los tipos de interacciones con la industria

Un ejemplo de los diferentes tipos y frecuencias de las interacciones de la industria con las profesiones sanitarias (médicos, enfermería, comadronas, farmacéuticos, dietistas y otros) se encuentra en la tabla del web de la nota 105. En esta tabla se muestran los resultados de una encuesta llevada a cabo en Estados Unidos, Nueva Zelanda, Reino Unido y en países del oeste de África.

Los tipos de interacciones que detallan son el contacto con los representantes de la industria, los regalos o las compensaciones económicas, comidas, asistencia a actos de formación y el suministro de material. Los resultados que se muestran son muy ilustrativos; por ejemplo, en Estados Unidos 96 % del personal de enfermería declara tener contacto regularmente o, en Nueva Zelanda, 14 % tiene más de un contacto al mes. En cuanto a la financiación que incluye una comida, en Estados Unidos 64 % de las enfermeras que contestaron la encuesta declaran que fueron invitadas a cenas de la industria entre una y cinco veces en los seis meses anteriores. La asistencia a actos de formación financiados por la empresa es reconocida por 96 % de las enfermeras estadounidenses que contestaron la encuesta y una proporción elevada de todos los encuestados había recibido material educativo.

curas, ya sea el instrumental, los apósitos o los nuevos dispositivos, o la interacción entre las empresas que ofrecen cuidados a los ancianos y enfermería.

En este artículo, la variedad de los estudios analizados y la falta de rigor metodológico impiden extraer conclusiones generales, pero no por ello deja de mostrar una realidad que es la interacción entre los profesionales sanitarios no médicos y la industria. Esa realidad reclama, de la misma manera que se ha hecho con los médicos, una regulación destinada a evitar que los pacientes resulten dañados y que colabore en la contención de los costes. La mayoría de estos profesionales no son conscientes de la presión a la que son sometidos y tampoco exigen una regulación por parte de sus colegios profesionales.

Los principios de Nolan establecen unos estándares de conducta profesional y de integridad, en principio dirigidos a los funcionarios públicos.¹⁰⁵

Estos principios se aplican en el Reino Unido desde 1995. No obstante, desde 2012, han aparecido publicaciones que no solo ponen en duda su seguimiento real por parte de algunos organismos gubernamentales de este país, sino que también demuestran que no se siguen y, en consecuencia, se duda de la imparcialidad de dichos organismos, lo cual, en definitiva, provoca una crisis de confianza hacia las instituciones.

¹⁰⁵ Véase <https://www.gov.uk/government/publications/the-7-principles-of-public-life/the-7-principles-of-public-life--2> (consultado el 27-6-2017).

Cuadro 4. Los principios de Nolan**Los siete principios de la vida pública**

- **capacidad de asumir el interés público (*Selflessness*).** El personal de la Administración Pública deberá adoptar sus decisiones únicamente en aras del interés público. Nunca actuará a fin de obtener beneficios económicos o cualesquiera otros beneficios materiales para sí, su familia o sus amigos.
- **Integridad.** El personal de la Administración Pública no debería ponerse en situación de contraer obligaciones financieras ni ninguna otra con individuos u organizaciones que puedan influir en el desarrollo de sus actuaciones públicas.
- **Objetividad.** En el desempeño de actividades públicas, incluyendo los nombramientos de cargos públicos, la firma de contratos, o la recomendación de individuos para premios y beneficios, el personal de la Administración Pública basará todas sus elecciones en el principio de mérito.
- **Responsabilidad.** El personal de la Administración Pública es responsable de las decisiones y actos que afecten a la sociedad y debe someterse a cualquier tipo de control que se considere necesario.
- **Transparencia.** El personal de la Administración Pública deberá ser tan transparente como sea posible respecto a las decisiones y actos que adopte. Deberá motivar sus actos y solo restringirá la información cuando claramente lo exija el interés público.
- **Honestidad.** El personal de la Administración Pública tiene el deber de declarar cualquier interés privado que pueda guardar relación con sus actividades públicas y adoptar cuantas medidas sean necesarias para resolver cualquier conflicto que pudiera surgir de modo que quede salvaguardado el interés público.
- **Capacidad de decisión (*Leadership*).** El personal de la Administración Pública deberá promover y respetar estos principios como modelo en la toma de decisiones.

Una de dichas publicaciones es la firmada por Alex Newton *et al.* En ella, los autores se formulan la siguiente pregunta: «¿Cómo de independientes de la influencia de la industria son los expertos académicos y cómo se manejan e identifican los potenciales conflictos de interés?». Para hallar la respuesta analizaron el currículum vitae de los expertos que asesoran a cuatro organizaciones británicas, dos gubernamentales y dos no gubernamentales. Los resultados se publicaron en un artículo en 2016 en la revista *BMC Public Health*.¹⁰⁶

Para contestar a la pregunta sobre la independencia-neutralidad de los expertos, los autores realizan el análisis de los currículums de los asesores expertos en nutrición y obesidad de cuatro organizaciones relacionadas con estos

¹⁰⁶ NEWTON, A.; LLOYD-WILLIAMS, F.; BROMLEY H.; CAPEWELL, S. «Food for Thought? Potential Conflicts of Interest in Academic Experts Advising Government and Charities on Dietary Policies», *BMC Public Health*. 5 de agosto de 2016; 16: pág. 735. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27495802>.

temas. Estas organizaciones formulan las políticas públicas de su ámbito de actuación.

Dos son organizaciones gubernamentales y dos no gubernamentales:

- 1) Las gubernamentales son: el Department of Health Obesity Review Group, que depende del Departamento de Salud, y el Scientific Advisory Committee on Nutrition, que es el Comité Científico Asesor de Nutrición del Departamento de Salud de Inglaterra.
- 2) Las organizaciones no gubernamentales son las siguientes: Action on Sugar, que realiza campañas de interés público de ámbito nacional, y Heart of Mensey, que es una organización no gubernamental independiente sobre salud cardiovascular de ámbito regional.

Los autores obtienen la relación de expertos asesores de cada una de esas organizaciones de la página web de la organización, y los conflictos de interés potenciales proceden de las distintas webs de empleados de esas organizaciones y de las redes sociales como LinkedIn. Las declaraciones sobre los posibles conflictos se extraen de internet (Google, Google Scholar), y utilizan como fuente de información las publicaciones científicas, las actas de los actos públicos y otros documentos accesibles.

La metodología del estudio utiliza una clasificación doble: la primera para definir el grado de implicación del experto en la industria relacionada con el ámbito de actuación del organismo, en este caso la alimentación (nutrición y bebida); y la segunda para definir la actitud del organismo frente al conflicto de interés potencial.

- 1) Los autores asignan un número de una escala del 0 al 4 a cada uno de los miembros de los grupos asesores. La escala matiza, de manera progresiva, la implicación con la industria, desde 0 (ninguna implicación, independencia completa) hasta 4 (a sueldo de la industria, empleado o representante de esta). Los clasificados en el grupo 1 son los que han recibido hospitalidad de la industria (comida, alojamiento, viajes, entretenimiento), los del grupo 2 reciben fondos para la investigación y los del 3 son consultores o accionistas de la industria.
- 2) Los autores describen tres actitudes diferentes en estas organizaciones respecto a los conflictos de interés: ignorar que existen y no tenerlos en cuenta; describirlos, pero no tomar medidas para evitarlos, o buscarlos activamente y minimizarlos o prevenirlos.

En el caso que presentan Newton *et al.*, se muestran las diferentes posibilidades:

- 1) Encontrar este tipo de información del Department of Health Obesity Review Group resultó difícil, pero, a cambio, los hallazgos son elocuentes respecto a la relación del experto con la industria de alimentación: cuatro de los miembros del grupo eran empleados de la industria alimentaria, cinco eran consultores, y uno, accionista. Esa organización gubernamental ignora los conflictos de interés.
- 2) En el Scientific Advisory Committee on Nutrition, las declaraciones de los conflictos de interés de sus miembros se publican en la memoria anual y el acceso es público. Ahora bien, nueve de los diecisiete miembros declaran que son asesores de la industria y dos de los diecisiete reciben fondos de ella para la investigación, cuatro miembros son accionistas y un empleado trabaja como líder científico en el Área de Investigación y Desarrollo de una compañía de productos de alimentación. En este caso, la política de la organización es desvelar que existen los conflictos de interés, pero no impedirlos o prevenirlos.
- 3) Ningún miembro de las dos organizaciones no gubernamentales del estudio era al mismo tiempo empleado de la industria. Aunque cinco de veintiún miembros de la organización Action on Sugar declaraban vínculos económicos con la industria, tres de los cuales con empresas farmacéuticas, dos eran exconsultores y uno poseía una patente para un medicamento para la prevención de las enfermedades cardiovasculares. Ningún miembro de la segunda organización no gubernamental, Heart of Mersey, tenía vínculos con la industria, aunque en tres casos no existía declaración de conflictos de interés. Esta organización proclamaba su adherencia a los principios de Nolan.

El artículo es interesante porque muestra cómo los organismos gubernamentales que emiten informes que desencadenan actuaciones profesionales aceptan entre su comité de expertos a empleados y asesores de la industria de la alimentación (fabricantes de comida y bebida) y a profesionales de empresas cuyo negocio principal es hacer perder peso o la venta de alimentos, sin revelar cuál es el dintel de participación aceptado.¹⁰⁷ De ahí que surja la duda y la confusión sobre cuáles son los intereses que defienden esos expertos y la subsiguiente crisis de confianza. Y no parece aceptable argumentar que es difícil

¹⁰⁷ Véase <https://www.gov.uk/government/groups/scientific-advisory-committee-on-nutrition#membership> (consultado el 30-6-2017).

Cuadro 5. Resumen de los conflictos de interés en el NICE (National Institute of Health Care Excellence)

<ul style="list-style-type: none"> • Definición de los tipos de conflictos de interés <ul style="list-style-type: none"> Un interés pecuniario personal Un interés pecuniario no personal Un interés personal no pecuniario Un interés familiar personal • Declaración del conflicto de interés • Actuaciones frente a los conflictos de interés <ul style="list-style-type: none"> En la citación de los grupos para el desarrollo de las guías de actuación En las reuniones de los grupos para el desarrollo de las guías de actuación <i>Intereses personales específicos y pecuniarios</i> <i>Intereses personales no específicos y pecuniarios</i> <i>Intereses familiares personales específicos</i> <i>Intereses familiares personales no específicos</i> <i>Intereses no personales específicos pecuniarios</i> <i>Intereses no personales no específicos pecuniarios</i>
--

conseguir expertos, ya que, como demuestra Heart of Mersey, la alternativa existe, pues obtiene expertos sin o con mínimos conflictos de interés.

Algunas organizaciones han conseguido crear una política de conflictos de interés sólida y capaz de garantizar la probidad de sus recomendaciones. Una de ellas es el National Institute for Health and Care Excellence (NICE), que es una organización del Reino Unido que desarrolla directrices clínicas que son referencia para los médicos de todo el mundo. Esta organización tiene una política estricta que contempla los intereses financieros, los no financieros y los personales, pero que, sin embargo, a veces son difíciles de aplicar o de definir. Esta política se basa en la autodeclaración por parte del profesional implicado. En este sentido, se centra en la confianza y en la capacidad para discernir el conflicto, en particular cuando no es de carácter económico. Las definiciones de conflicto, sobre todo los no financieros, pueden ser confusas a tenor de las distintas perspectivas culturales (diferencias entre Europa y Estados Unidos, transparencia y explicitación de los conflictos, etc.), lo cual puede originar que algunos expertos sean excluidos en unos lugares y el mismo perfil aceptado en otros.

En el cuadro 5 se resumen los diferentes conflictos de interés de los miembros de los grupos que elaboran las guías de actuación que luego van a ser utilizadas por otros profesionales en sus centros sanitarios como directrices de actuación en la práctica clínica. El foco de atención no es solo el individuo aislado sino también considera su entorno familiar y el entorno; y, no solo

considera el interés pecuniario, sino también otros intereses relevantes para tomar decisiones, como por ejemplo, los beneficios para la organización donde el trabajador desempeña tareas de cualquier tipo de gerencia. Además, clasifica los conflictos de interés en específicos —cuando están relacionados con un fabricante o un propietario de un servicio— y no específicos —cuando están relacionados con la industria o con un sector industrial del que proviene el producto o el servicio—. En el código se especifica en qué casos el individuo debe ser apartado por la presencia de conflictos de interés y en cuáles se deja la decisión en manos de la presidencia de la reunión.

Ya se ha hecho referencia a los tres aspectos que analizan Tanya Graham *et al.* en el citado artículo de 2015:¹⁰⁸ la autodeclaración, el fichaje de expertos y el manejo de los conflictos de interés.

- 1) La autodeclaración se basa en la confianza en el profesional que conoce los estándares de la política de conflictos que se ha establecido previamente. La publicación de libre acceso de los conflictos en un registro anual es una propuesta estadounidense que permite cotejar los datos autodeclarados con los del registro.
- 2) Las políticas de los conflictos de interés pueden dificultar el fichaje de expertos, ya que los que incurren en conflictos son excluidos y alejan de la elaboración de las directrices a los expertos vinculados a la industria. Ahora bien, como esta exclusión no siempre es beneficiosa, se pueden plantear diferentes niveles de participación o evaluar la recompensa económica para que la participación en los procesos de elaboración de directrices resulte atractiva. Como apunta el artículo del *British Medical Journal*,¹⁰⁹ es necesario conseguir un cambio de cultura y promocionar y ofrecer visibilidad a los profesionales sin vínculos financieros con la industria.
- 3) La política de exclusiones relacionadas con los conflictos debe ser clara y estar ya establecida.

Para evitar los conflictos de interés en la elaboración de las guías clínicas se han propuesto alternativas, como, por ejemplo, que las realicen los especialis-

¹⁰⁸ GRAHAM, J.; ALDERSON, P. y STOKES, J. «Managing Conflicts of Interest in the UK National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Clinical Guidelines Programme: Qualitative Study». *PLoS One*, 26 de marzo de 2015; 10(3): e0122313. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25811754>.

¹⁰⁹ CHEW, M.; BRIZZELL, C.; ABBASI, K. y GODLEE, F. «Medical Journals and Industry Ties», *BMJ* (Clinical research ed.). 28 de noviembre de 2014; 349: g7197. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25432164>.

tas en metodología, pero eso significaría excluir a los clínicos. Evitar que los médicos intervengan en la confección de las guías clínicas implicaría prescindir de quien las va a aplicar y de quien mejor conoce la realidad del ámbito de aplicación.

Establecer una política de conflictos es necesario pero no suficiente, porque, además, precisa ser útil y aplicable, y al mismo tiempo se debe proporcionar una formación específica a aquellos que la van a aplicar.

2.2.6. Los regalos a los médicos por parte de la industria farmacéutica

Los regalos de las compañías farmacéuticas a los médicos son una práctica frecuente como muestran los resultados de las encuestas a médicos estadounidenses, en las cuales como mínimo siete de cada diez médicos habían recibido algún regalo de la industria.¹¹⁰⁻¹¹² El objetivo de estos presentes es, como se ha dicho, condicionar las decisiones de los médicos en la dirección sugerida por los productos promocionados, y no de manera necesaria por la evidencia científica o por las decisiones centradas en los pacientes.¹¹³⁻¹¹⁶ Los regalos de la industria son un producto de marketing (mercadotecnia), y tal como la define la

¹¹⁰ CAMPBELL, E. G; GRUEN, R. L; MOUNTFORD, J.; MILLER, L. G; CLEARY, P. D y BLUMENTHAL D. «A National Survey of Physician-Industry Relationships», *The New England Journal of Medicine*. 2 de agosto de 2007; 357(5): pág. 508. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17674457>.

¹¹¹ LIEB, K. y SCHEURICH, A. «Contact between Doctors and the Pharmaceutical Industry, Their Perceptions, and the Effects on Prescribing Habits», *PLoS One*. 2014; 9(10): e110130. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4199668/>.

¹¹² CAMPBELL, E. G; RAO, S. R; DESROCHES, C. M; IEZZONI, L.; VOGELI, C.; BOLCIC-JANKOVIC, D. y MIRALLES, P. D. «Physician Professionalism and Changes in Physician-Industry Relationships from 2004 to 2009», *Archives of Internal Medicine*. 8 de noviembre de 2010; 170(20): págs. 1820-1826. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21059976>.

¹¹³ GREEN, M. J.; MASTERS, R.; JAMES, B.; SIMMONS, B. y LEHMAN, E. «Do Gifts From the Pharmaceutical Industry Affect Trust in Physicians?», *Family Medicine*. Mayo de 2012; 44(5): págs. 325-331. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23027114>.

¹¹⁴ MOSKOP, J. C.; ISERSON, K. V.; ASWEGAN, A. L.; LARKIN, G. L. y SCHEARS, R. M. «Gifts to Physicians from Industry: The Debate Evolves», *Annals of Emergency Medicine*. Febrero de 2012; 59(2) págs. 89-97. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21875761>.

¹¹⁵ CAIN, D. M. y DETSKY, A. S. «Everyone's a Little Bit Biased (Even Physicians)», *JAMA*. 25 de junio de 2008; 299(24): págs. 2893-2895. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18577735>.

¹¹⁶ KATZ, W.; GIFTS, A.; TOWARD, S. y KATZ, D. «All Gifts Large and Small: Toward an Understanding of the Ethics of Pharmaceutical Industry Gift-Giving», *The American journal of Bioethics: AJOB*. Verano de 2003; 3(3): págs. 39-46. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14594489>.

23.^a edición del diccionario de la RAE: «La mercadotecnia es un conjunto de principios y prácticas que buscan el aumento del comercio, especialmente de la demanda». La percepción de estos conflictos mina la confianza de los pacientes en los médicos y en las instituciones médicas.¹¹⁷ Y como ya se ha comentado, el recelo del paciente ante el médico o ante el sistema sanitario origina insatisfacción, reduce la continuidad con respecto al tratamiento y se asocia al abandono de las recomendaciones del profesional; en definitiva, todo ello redundará en un peor estado de salud.

La lista de los posibles regalos de la industria es larga y compleja de elaborar,¹¹⁸ pero para tener una idea de su magnitud resulta muy ilustrador conocer que su coste en 2004 fue superior a lo invertido en investigación.¹¹⁹ Desde 2014, en Estados Unidos, existe la obligación de publicar cada año las donaciones por cualquier concepto de la industria a los médicos. La información almacenada en esas listas ha sido analizada por Marshall DC *et al.* y publicada en la revista *Journal of National Cancer Institute*. La industria pagó a los médicos oncólogos (oncología médica, radioterapia y cirugía oncológica) estadounidenses un total de 85 millones dólares, lo cual significa una media anual de 632 \$ a los oncólogos médicos, 124 a los radioterapeutas y 250 a los cirujanos oncológicos. Estas cifras son una media individual por profesional, pero sería más ilustrativo conocer cuánto han percibido los líderes de opinión o los expertos autores de las directrices de tratamiento. En el artículo concluyen que los regalos, y, en consecuencia, las relaciones financieras, son comunes, y que el impacto en la clínica oncológica debería estudiarse.

Los regalos de la industria son muy heterogéneos, y de ahí que existan muchas maneras de agruparlos, lo cual hace que las listas sean heteróclitas y poco exhaustivas:

- 1) Comida o bebida en el lugar de trabajo.
- 2) Muestras gratuitas de medicamentos.

¹¹⁷ GRANDE, D.; SHEA, J. A. y ARMSTRONG, K. «Pharmaceutical Industry Gifts to Physicians: Patient Beliefs and Trust in Physicians and the Health Care System», *Journal of General Internal Medicine*. Marzo de 2012; 27(3): pág. 274-279. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21671130>.

¹¹⁸ CAMPBELL, E. G.; GRUEN, R. L.; MOUNTFORD, J.; MILLER, L. G.; CLEARY, P. D. y BLUMENTHAL D. «A National Survey of Physician-Industry Relationships», *The New England Journal of Medicine*. 2 de agosto de 2007; 357(5): pág. 508. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17674457>.

¹¹⁹ GRUNDY, Q. «The Physician Payments Sunshine Act and the Unaddressed Role of Nurses: An Interest Group Analysis», *Policy, politics & nursing practice*. Agosto de 2012; 13(3): págs. 154-11. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23416630>.

Tabla 1. Gastos en el marketing de las compañías farmacéuticas. Datos a partir de IMS y CAM, que son dos compañías estadounidenses de investigaciones de mercado

Tipo de promoción	IMS (miles de millones en \$)	CAM (miles de millones en \$)	Nueva estimación (miles de millones en \$)
Muestras	15,9	6,3	15,9
Publicidad dirigida al consumidor	4	4	4
Reuniones	Sin datos	Sin datos	2
Promoción digital	Sin datos	0,3	0,3
Publicidad en la prensa	0,5	0,5	0,5
Estimación sobre la promoción no cuantificada*	Sin datos	14,4	14,4
Totales	27,7	49,9	57,5

* Incluye los datos incompletos u omitidos por los médicos supervisados, la promoción no auditada, y posiblemente también incluye las formas de promoción poco éticas cuya financiación no está recogida en los presupuestos.

- 3) Honorarios por participar en una conferencia.
- 4) Cobro por ejercer de consultor o por participar en mesas redondas o ser miembro de paneles.
- 5) Cobro por incluir a pacientes en los estudios patrocinados por la industria.
- 6) Financiación (o compensación económica) para viajes, comidas, alojamiento u otros gastos por asistir a reuniones científicas.
- 7) Cobrar de la industria por la prescripción de medicamentos.
- 8) Aceptación de entradas gratis para acontecimientos deportivos o culturales.
- 9) Subvenciones por asistir a reuniones o conferencias que proporcionan créditos de formación.
- 10) *Gadgets*, etc.

Eric G. Campbell *et al.* elaboraron una encuesta sobre los regalos a los médicos, para lo cual los agruparon en cuatro categorías (véase la tabla 2 sobre frecuencia de las relaciones de los médicos con la industria en función de los beneficios recibidos) y, en su trabajo, detallan la proporción de encuestados que han respondido afirmativamente a la pregunta de si habían recibido cualquiera de estos regalos de la industria:

Tabla 2. Frecuencia de las relaciones de los médicos con la industria en función de los beneficios recibidos

Beneficio recibido	Respuestas en %
Muestras de medicamentos	1255 (78)
Regalos	
• Comidas o bebidas en el lugar de trabajo	1391 (83)
• Entradas para eventos culturales o deportivos	1386 (83)
Reembolsos	
• Inscripciones a reuniones (gratuitas o patrocinadas)	122 (7)
• Gastos en las reuniones (viaje, comida, alojamiento)	542 (35)
Pagos	
• Consultorías	382 (26)
• En calidad de oradores o ponentes	260 (15)
• Asesores	456 (28)
• Reclutar pacientes para los ensayos clínicos	282 (18)
Cualquiera de las relaciones anteriores	278 (16)
	139 (9)
	55 (3)
	1554 (94)

- 1) La primera categoría son las muestras gratuitas de medicamentos.
- 2) La segunda son regalos que incluyen comida o bebida en el lugar de trabajo, entradas gratis para acontecimientos deportivos o culturales y los regalos pactados relacionados con la prescripción.
- 3) La tercera categoría está constituida por el reembolso de los gastos de viajes, la financiación del tiempo invertido, el alojamiento, las comidas u otros gastos por asistir a reuniones y las subvenciones a las reuniones que otorgan créditos a la formación.
- 4) La cuarta categoría son los pagos por servicios como consultor, conferenciantes o reclutador de pacientes en los estudios patrocinados por la industria.

Aunque este estudio de Campbell *et al.* tiene una serie de limitaciones ligadas a:

- 1) El número de respuestas.
- 2) La sinceridad en las respuestas.
- 3) No es una muestra representativa de todas las especialidades.
- 4) No se evalúan los riesgos y beneficios de la colaboración médico-industria.

Igual que en el estudio de Marshall, se demuestra la frecuencia y la heterogeneidad de los regalos.

La distribución de los regalos no es uniforme entre todos los miembros de la profesión médica:

- 1) Algunas prácticas asistenciales (hospital, ambulatorio, docente, atención privada o pública) están más solicitadas que otras.
- 2) Ciertas especialidades están más solicitadas que otras.¹²⁰ Por ejemplo, los médicos de familia recibían muestras gratuitas con más frecuencia.
- 3) Los esfuerzos de marketing se concentran más en aquellos profesionales que pueden influir en los hábitos de prescripción del resto de los médicos. Por ejemplo:
 - a) Los especialistas en cardiología, cuyas indicaciones sobre el tratamiento de las alteraciones asociadas a los trastornos del metabolismo de los lípidos (colesterol, triglicéridos) son seguidas por los médicos de las especialidades que se ocupan del riesgo cardiovascular, es decir, además de los cardiólogos, los médicos de familia, los internistas, los endocrinólogos y los cirujanos vasculares y cardíacos.
 - b) Los expertos que participan en la elaboración de guías de tratamiento, protocolos o publican revisiones de tratamiento.
 - c) Los tutores de médicos en formación.
 - d) Los médicos que trabajan solos o en pequeños grupos aceptan una mayor relación con la industria que los que trabajan en hospitales, probablemente porque están menos sujetos a políticas de prescripción o de relación con la industria, y también, porque tienen menos oportunidades de formación y de financiación de la formación que los médicos hospitalarios.

En 2006, en Estados Unidos, David Grande *et al.*¹²¹ se preguntaron qué pensaban los pacientes acerca de los regalos a los médicos. Para contestar a esta pregunta llevaron a cabo una encuesta telefónica en este país a 2.400 personas,

¹²⁰ CHIMONAS, S.; ROZARIO, N. M. y ROTHMAN, D. J. «Show Us the Money: Lessons in Transparency from State Pharmaceutical Marketing Disclosure Laws», *Health Services Research*. Febrero de 2010; 45(1): págs. 98-114. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2813439/>.

¹²¹ GRANDE, D.; SHEA, J. A. y ARMSTRONG, K. «Pharmaceutical Industry Gifts to Physicians: Patient Beliefs and Trust in Physicians and the Health Care System», *Journal of General Internal Medicine*. Marzo de 2012; 27(3): págs. 274-279. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21671130>.

afroamericanas o blancas, no latinas, residentes en áreas metropolitanas. De todas ellas, aceptaron participar en el estudio 2.179. Ese estudio incluye los datos sociodemográficos del encuestado, así como las preguntas y respuestas sobre si el encuestado sabe que los médicos reciben regalos de la industria farmacéutica y cuál es su grado de confianza en los médicos y en el sistema sanitario. El análisis de los resultados de la encuesta muestra tres hallazgos:

- 1) La mayoría de los encuestados cree que sus médicos aceptan regalos de las compañías farmacéuticas.
- 2) La mayoría de los que piensan que su médico acepta regalos de la industria posee, como mínimo, educación secundaria y percibe ingresos económicos más altos.
- 3) Los pacientes que piensan que sus médicos aceptan regalos son los que muestran una menor confianza en estos profesionales y en el sistema sanitario. Aunque en este punto el diseño del estudio no permite asegurar que la pérdida de confianza esté ligada a la creencia de que los médicos reciben regalos de la industria o, al revés, los que tienen una confianza menor son los que piensan que el médico recibe regalos.

Esta encuesta tiene limitaciones en el número de respuestas, la población encuestada y que no se comprobó si los médicos verdaderamente recibían regalos. Sin embargo, sí indica que un número elevado de pacientes sabe o supone que los médicos reciben regalos de la industria.

En otro artículo, publicado en 2012¹²² por Michael J. Green *et al.*, se plantea no solo si los pacientes saben si el médico recibe regalos de la industria, sino también cuál es la actitud de estos frente al profesional que recibe regalos, el impacto del regalo sobre la confianza del paciente en su médico y el efecto del regalo en la adhesión a las recomendaciones de los médicos y la relación del precio del regalo con la confianza (mayor o menor de 100 \$).

El interés de este artículo radica en la introducción del concepto de pérdida de confianza ligada a la percepción de un regalo. Los obsequios caros son los que inciden de manera más negativa en la confianza, a pesar de que incluso los regalos baratos tienden a deteriorarla más que a acrecentarla, porque hasta los pequeños regalos, como bolígrafos o blocs de notas, influyen de manera consciente o no consciente en la toma de decisiones por parte del médico.

¹²² GREEN, M. J.; MASTERS, R.; JAMES, B.; SIMMONS, B. y LEHMAN, E. «Do Gifts from the Pharmaceutical Industry Affect Trust in Physicians?», *Family Medicine*. Mayo de 2012; 44(5): págs. 325-331. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23027114>.

Tabla 3. Conocimiento del compromiso del médico en una variedad de actividades con compañías farmacéuticas

Sabe usted que su médico:	A	B	C	D
Acepta regalos de > 100 \$	3	9	36	51
Asiste a actividades sociales promovidas por los fabricantes de medicamentos (FF. MM)	3	13	38	46
Participa en viajes pagados por FF. MM.	4	13	40	43
Acepta regalos de < 100 \$	6	10	48	36
Dicta conferencias para FF. MM.	6	14	45	36
Realiza proyectos de investigación para los FF. MM.	12	11	42	35
Acepta invitaciones a comidas pagadas por los FF. MM.	9	13	53	25
Utiliza material de escritorio de los FF. MM.	48	12	39	1

A: Sí que lo sabe. B: No lo sabe. C: No lo sabe pero no le importa. D: No lo sabe pero le gustaría saberlo.

Tabla 4. Efecto de la participación del médico en diversas actividades sobre la confianza del paciente

	A	B	C
Acepta regalos de > 100 \$	3	38	59
Participa en viajes pagados por los FF. MM.	3	38	58
Asiste a acontecimientos deportivos pagados por los FF. MM.	5	41	54
Posee acciones de las compañías farmacéuticas	4	46	49
Acepta regalos de <100 \$	4	48	47
Dicta conferencias para FF. MM.	7	52	40
Acepta invitaciones a comidas pagadas por los FF. MM.	3	64	33
Realiza proyectos de investigación para los FF. MM.	15	58	27
Utiliza material de escritorio de los FF. MM.	6	89	5

A: Mayor confianza. B: No cambia. C: Menor confianza.

Tabla 5. Actitudes hacia los médicos que aceptan pequeños obsequios o comidas

	A	B	C
Influye sobre el hábito de prescripción de mi médico	49	29	22
De acuerdo mientras los regalos sean de pequeño valor	43	30	27
No constituye un problema	41	32	27
Es incorrecto / no ético	31	40	29
Incrementa el tiempo de espera de los pacientes	27	49	23
Socava la confianza en el médico	28	39	33

A: Está de acuerdo. B: No le importa. C: No está de acuerdo.

Un porcentaje reducido de los encuestados, alrededor del 25 %, opina que el seguimiento de un tratamiento medicamentoso por parte del paciente será probablemente peor si sabe que su médico ha recibido un obsequio por acudir a una presentación sobre dicho medicamento.

En este artículo los autores especulan en dos direcciones:

- 1) Incluso los regalos de pequeño valor pueden influir en la prescripción de tal manera que se tenga más en cuenta el obsequio que la evidencia científica.
- 2) Los pacientes que saben que uno de los medicamentos que le han prescrito lo fabrica una compañía farmacéutica que ofrece regalos a su médico prescriptor tienden a seguir peor las recomendaciones de salud del profesional.

Las respuestas a las preguntas sobre la influencia de los regalos en otras profesiones pueden suavizar esta visión negativa acerca de estos e intentar transformarla, incluso en positiva, ya que los obsequios también podrían ser vistos como un incentivo para la innovación y la formación:

Tabla 6. Actitudes sobre varios profesionales que aceptan obsequios o comidas

Cómo de adecuado cree usted que es aceptar invitaciones a comidas o pequeños regalos	A1	A2	B1	B2	C
Jueces (por parte de los abogados de los casos en los que participan)	5	3	5	8	79
Árbitros de deportes profesionales (de los jugadores que participan en los juegos que ellos arbitran)	4	4	9	7	77
Políticos (de los lobbys)	4	6	11	10	69
Médicos (de los representantes de las compañías)	10	10	20	15	44
Negociantes de los clientes	13	15	22	13	38

A: no constituye un problema. A1: Obsequio. A2: Comida. B: Neutral. B1: Obsequio. B2: Comida. C: Incorrecto/no ético

Pero no deja de sorprender la tolerancia que muestran los datos de la tabla 6 ante la posibilidad de que las decisiones sobre terceras personas, en el caso de los médicos, de los políticos o de los jueces, se tomen después de recibir un regalo.

Este estudio tiene limitaciones en cuanto al sesgo de la población estudiada, pero, como se ha dicho, aporta datos para el debate sobre la pérdida de confianza en el médico como consecuencia de los regalos que recibe de la industria.

En resumen, la bibliografía es clara. Cualquier regalo, por grande o pequeño, o barato o caro que sea:

- 1) Influencia la toma de decisiones de los médicos.
- 2) Al ser un producto de marketing es un gasto que lo encarece.
- 3) El objetivo del regalo es aumentar la demanda de ese producto, no que el paciente reciba el tratamiento más adecuado.
- 4) Desvía la atención de los productos no promocionados por los regalos, como, por ejemplo, los medicamentos genéricos o los medicamentos huérfanos.¹²³
- 5) Cuando el medicamento se ha introducido en el mercado recientemente, no constituye en sí una innovación, ya que la promoción es comercial y atenta contra la seguridad de los pacientes por tratarse de fármacos peor conocidos.
- 6) Si el regalo es para compensar el tiempo que el médico dedica a la industria, significa que el interés es asimétrico y que esta lo compensa porque confía en que el aumento de las ventas superará con creces lo invertido en la promoción (que se añade al coste del producto y, por lo tanto, lo acaba pagando el financiador del tratamiento).

Como se ha visto, la interrelación entre los médicos y la industria es muy intensa, y tiene aspectos positivos y otros peligrosos. La capacidad innovadora y de transformación, y el apoyo a la formación y a la educación son otros tantos aspectos indudablemente beneficiosos, pero con un lado oscuro cuando encubren publicidad o pretenden cambiar los hábitos de prescripción o introducir sus productos en el formulario terapéutico de los hospitales, sin que el objetivo principal sea el mejor interés del paciente o la evidencia científica, sino promocionar por interés propio una u otra orientación terapéutica.

El apoyo a la formación, a la educación y la información de sus productos pueden ser usados como regalos o como premios, revelando, así, su efecto perverso. Para evitarlo se han tomado medidas como las descritas en los apartados anteriores: los códigos de buenas prácticas de la industria, la legislación,

¹²³ «Son productos medicinales que sirven para diagnosticar, prevenir o tratar enfermedades o desórdenes que amenazan la vida, o que son muy serios, o que son raros. A estos medicamentos se les llama huérfanos porque la industria farmacéutica tiene poco interés, bajo las condiciones normales del mercado, para desarrollar y poner en el mercado productos dirigidos solamente a una pequeña cantidad de pacientes que sufren de condiciones muy raras»: www.eurordis.org (consultado el 26-6-2017).

las normas deontológicas o iniciativas como las de los médicos de diferentes países de crear plataformas que promuevan evitar las visitas de los representantes de la industria.¹²⁴

El abanico de respuestas posibles al sesgo que crean los regalos en la actividad de los médicos incluye:

- 1) Desde la prohibición absoluta de cualquier regalo hasta aceptarlos plenamente, o una fórmula intermedia, como tolerarlos bajo ciertas condiciones:
 - a) Fijar una cuantía máxima, que se ha establecido de manera arbitraria en un límite de 100 \$.
 - b) Beneficiar al paciente, por ejemplo, darle muestras de medicamentos, aunque esta práctica ya se ha comentado que es perversa, puesto que hay que pensar qué ocurre cuando se acaban las muestras gratuitas.
 - c) Contribuir a la mejora de la práctica de la medicina.
 - d) Regular la transparencia y crear la obligación de exigir, por ejemplo, la declaración de los conflictos de interés, además de especificar cuál es la regulación y cuáles son las coacciones que se imponen.
 - e) Obligar a que los regalos sean declarados en un registro general cuyo acceso sea público y que el paciente tenga conocimiento de los obsequios.
 - f) Los pagos a cambio de conferencias o participación en mesas redondas no son estrictamente regalos, aunque sí puedan encubrirlos y, por lo tanto, también deben ser declarados, si no como regalos, sí como honorarios.

Ahora bien, las condiciones citadas antes no acaban de resolver el problema, ya que, por ejemplo, como se ha explicado, la práctica de las muestras gratuitas no libera a los pacientes sin recursos de pagar el tratamiento, sino que solo lo pospone, ya que cuando el medicamento deja de ser un regalo, el paciente o debe cambiar a otro tratamiento regalado o convertirse en un consumidor de ese medicamento inicialmente gratuito. Además, como se ha apuntado, cuando el paciente conoce que su médico recibe regalos de la industria, pierde confianza en el profesional. No obstante, al ser la enfermedad una causa de vulnerabilidad, el paciente está cautivo o es dependiente del sistema sanitario y tiene pocas opciones de rechazar un tratamiento.

¹²⁴ COOPES, A. «Australian Campaign Aims to Stop Visits from Drug Representatives», *British Medical Journal (BMJ)*. 10 de octubre de 2014; 349: g6183. Se puede consultar en: <http://search.proquest.com/openview/e47b9c1853077e27be47817f8f5c863e/1.pdf?pqorigsite=gscholar&cbl=2040978>.

- 2) La prohibición del regalo afecta a las ventas de medicamentos, forma parte de la regulación comercial y no constituye un atentado contra la libertad de información ni de prescripción de los médicos.

2.2.7. La actualización de conocimientos

Asimismo, habría que analizar la financiación de la formación (capacitación) de los médicos. Al prohibir que la industria farmacéutica financie la formación, la educación o el aprendizaje de la innovación, se actúa contra los conflictos de interés, pero también aparecen nuevos problemas:¹²⁵⁻¹²⁸

- 1) El primero es quien asume el coste de la formación de los médicos y cómo repercute la citada prohibición en el coste de los medicamentos y, en general, de la asistencia.
- 2) La presión que se ejercía sobre los médicos se complementa o se desvía presionando a los pacientes o a otros proveedores sanitarios:
 - a) Presión sobre los pacientes vistos como consumidores: publicidad directa con anuncios en los medios de comunicación, en internet y la consiguiente difusión internacional.
 - b) Presión sobre otros proveedores sanitarios que pueden tener una capacidad de prescripción limitada, pero que influyen en los pacientes o en los médicos.
- 3) Esta presión sobre el médico a través del paciente y de otros proveedores sanitarios despierta la cuestión de quién es el defensor de los intereses del paciente cuando no lo puede ser él mismo. Evidentemente, el propio paciente defenderá sus intereses, pero resulta difícil hacerlo en un universo medicalizado y que lo lleve a cabo una persona enferma. El paciente tiene una visión

¹²⁵ LEE, J. «Already Feeling the Heat: Docs Rethinking Payments as Sunshine Act Looms», *Modern Healthcare*. 1 de julio de 2013; 43(26): págs. 12-13. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23878901>.

¹²⁶ ADAMS, C. «Fair Balance and Adequate Provision in Direct-to-Consumer Prescription Drug Online Banner Advertisements: A Content Analysis», *Journal of Medical Internet Research*. 18 de febrero de 2016; 18(2): e33. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26892749>.

¹²⁷ LEE, J. «CME Shelter. Sunshine Act Waiver for Med ed Payments May Prompt Marketing Shift for Product Makers», *Modern Healthcare*. 30 de junio de 2014; 44(26): págs. 16-19. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25134407>.

¹²⁸ DEJONG, C. y DUDLEY, A. «Reconsidering Physician-Pharmaceutical Industry Relationships». *JAMA*. Mayo de 2017; 317(17): págs. 1772-1773. Se puede consultar en: <http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2623589>.

del mundo de la enfermedad a través de su propia experiencia, pero, para orientarse en él, necesita la colaboración, la guía y la experiencia de los profesionales sanitarios, o poseer conocimientos médicos, que son muy difíciles de adquirir, y prescindir de todos los sentimientos negativos asociados a la enfermedad (miedo, ansiedad, dolor, deterioro físico, dependencia y desesperación, entre otros) para poder ser objetivo, neutral e imparcial.

En resumen, la presión ejercida sobre los médicos, los pacientes y otros proveedores sanitarios, unida a la de los productos tecnológicos, empuja a la sociedad a considerar que los medicamentos son un producto comercial que se rige por las leyes del mercado y, por extensión, se comercializa también la salud.

Los mismos conflictos de interés que generan los regalos de la industria farmacéutica los generan también los fabricantes de dispositivos médicos o de implantes, y se extienden al resto de los profesionales sanitarios.

La respuesta a esas cuestiones implica a los médicos, pero sin que ellos tengan la capacidad normativa. Sin embargo, la respuesta de los médicos crea ante la sociedad una imagen de la profesión que puede ser íntegramente comercial, o la de una profesión que defiende los intereses del paciente y de la sociedad y en la que se puede confiar.

No es la única profesión en el punto de mira de la sociedad ni la única sobre la que pesa la prohibición de recibir regalos que pongan en entredicho la imparcialidad.

2.3. La presión indirecta sobre el médico

2.3.1. La publicidad y la información dirigidas al consumidor (PDaC e IDaC)

Una de las manifestaciones del interés de la sociedad por el cuidado de la salud y por el miedo a perderla se hace patente en la utilización de la telemática para monitorizar el peso, la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la glucemia o el sueño.¹²⁹ En una encuesta realizada en Estados Unidos, el 72 % de los encuestados usaba internet para buscar información sobre la salud, y el 69 % usaba un dispositivo electrónico para monitorizar alguno de los parámetros antes citados. Los datos generados por dichos dispositivos se incorporan en una base de datos

¹²⁹ MACKEY, T. K. y LIANG, B. A. «It's Time to Shine the Light on Direct-to-Consumer Advertising», *Annals of Family Medicine*. Enero-febrero de 2015; 13(1): págs. 82-85. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25583897>.

personal localizada en el dispositivo o en una base de datos de una institución ubicada en la propia institución o en un servidor ajeno. Esto genera un gran flujo de información privada que, además de emplearse para uso individual, sirve para alimentar a las compañías de Big Data. A su vez, estas ponen los datos a disposición de otras entidades, que los utilizan con fines de investigación o comerciales. En definitiva, se puede decir que a más tecnología, más comercialización. La administración sanitaria también participa en ese flujo de información con datos personales cuando vende a las compañías que trafican con datos paquetes de datos sanitarios de la ciudadanía, evidentemente, anónimos. La comercialización de esa información pone en venta y expone públicamente la intimidad de los individuos, lo que refuerza la visión del cuidado de la salud como una fuente de bienes de mercado y de datos para la investigación. El dominio de internet Datadonors.org, recientemente desaparecido, ejemplificaba el recopilador de datos cedidos de manera voluntaria, algunos tan personales como los datos genéticos, y otros más poblacionales, como el peso o la edad, cuyo almacenamiento se declaraba sin afán de lucro, pero también sin control sobre quién es el receptor último de esa información. Desconozco si toda la información procedente de Datadonors.org, o de cualquier otra compañía, se usa para diseñar perfiles de la población que padece enfermedades crónicas, respiratorias, cardíacas, renales o digestivas, hipertensión arterial o diabetes mellitus, pero es probable, dada la abundante publicidad sobre dietas para adelgazar, alimentos sin gluten o los cigarrillos electrónicos.

El interés y la confianza en los medicamentos también reflejan la preocupación de la sociedad por la salud, al mismo tiempo que son fuente de una importantísima actividad económica de la cual la publicidad es una muestra. La publicidad sobre fármacos u otros productos sanitarios va dirigida a toda la población, aunque en realidad la divide en dos grupos: la que está, o se considera, enferma y la que está, o se considera, sana. Ambos grupos ven la misma publicidad, aunque la atención que le prestan es distinta. El objetivo de la publicidad es conocido: aumentar las ventas de los productos publicitados. Sin embargo, además de incitar al consumo, tiene otros efectos sobre la población:

- 1) Aumenta los conocimientos del público sobre enfermedades o tratamientos.
- 2) Parece invisible para los sanos, pero condiciona la visión de la enfermedad de los enfermos y de los sanos.
- 3) Informa sobre enfermedades ocultas o asintomáticas y, según el interés que despierte, puede desencadenar una búsqueda más profunda de información o una consulta con un profesional sanitario considerado experto (médico, enfermera, farmacéutico, fisioterapeuta, etc.).

- 4) Puede producir ansiedad a quien sospeche que padece una enfermedad.
- 5) Puede originar desconfianza hacia los profesionales cuando el mensaje del profesional y de la publicidad discrepan.
- 6) Encasilla problemas sociales como si fuesen enfermedades y ofrece la solución de tratarlos simplemente desde el punto de vista médico y obviar el tratamiento social (como, por ejemplo, las adicciones).
- 7) Crea la sensación de que más pastillas es mejor.
- 8) Aumenta la venta de medicamentos.

La publicidad de los productos sanitarios aprovecha el interés comercial del cuidado y de la promoción de la salud, al mismo tiempo que acrecienta y banaliza el riesgo de perderla. Los gastos de la industria de productos sanitarios en publicidad demuestran que ese interés por aumentar las ventas existe y, lógicamente, las ganancias que generan deben ser acordes a las cifras invertidas.

La tabla 7 es elocuente por sí misma: por la cantidad invertida en la publicidad dirigida al consumidor y al proveedor de servicios sanitarios y también por la relación que establece entre el número de nuevas moléculas, los nuevos productos comercializados y la inversión financiera en promoción.

Tabla 7. Promoción farmacéutica a los consumidores y a los proveedores 2001-2010¹³¹

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Publicidad directa dirigida al consumidor							
Televisión	3.213	3.150	3.270	3.194	2.951	2.919	2.375
Impresa	1.651	1.823	2.291	2.132	1.617	1.587	1.747
Radio	67	68	87	48	24	43	44
Exterior	6	8	13	4	3	6	3
Internet	214	181	230	105	141	312	202
Total	5.151	5.231	5.891	5.483	4.738	4.868	4.371
Como porcentaje de las ventas	1,9	1,9	2	1,9	1,6	1,6	1,4

(Continúa en la página siguiente.)

¹³⁰ KORNFIELD, R.; DONOHUE, J.; BERNDT, E. R. y ALEXANDER, G. C. «Promotion of Prescription Drugs to Consumers and Providers, 2001-2010», *PLoS One*. 4 de marzo de 2013; 8(3):e55504. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23469165>.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Publicidad dirigida a los proveedores							
En la consulta	7.621	6.892	6.780	6.147	6.043	5.906	5.306
En el hospital	1.059	881	718	620	490	491	479
Prensa	628	531	570	494	392	320	326
Muestras gratuitas	18.056	16.318	14.970	15.614	14.193	14.416	13.850
Promoción digital	255	314	356	415	497	532	525
Conferencias y reuniones	3.295	3.027	2.851	2.910	2.993	2.952	2.840
Total	30.915	27.973	26.242	26.201	24.609	24.616	23.320
Como porcentaje de las ventas	11,4	10,1	9	8,9	8,5	8,1	7,6
Total publicidad al consumidor y proveedor	36.055	33.194	31.233	31.685	29.347	29.484	17.690
Número de nuevas moléculas presentadas	21	20	27	21	19	26	21
Número de productos comercializados y promocionados	3.105	3.094	2.680	2.730	2.660	2.576	2.474
Promoción media por producto	11,6	10,7	12	11,6	11	11,4	11,2

Fuente: Datos de la publicidad directa dirigida al consumidor de Kantar Media y la promoción a los profesionales proviene del IMS Health Integrated Promotional Services 2002-2010 salvo los datos relativos a la promoción digital, congresos y reuniones que se han obtenido de SDI Physician Meeting and Event Audit and ePromotion Audit; los datos de las nuevas moléculas presentadas se obtienen a partir de las referencias del artículo; el número de productos comercializados y promocionados se obtienen a partir del IMS Integrated Promotional Services que incluyen a cualquier producto que ha sido promocionado a un proveedor. Todos los datos financieros están ajustados a dólares de 2010 utilizando el índice de precios al consumo (urbanos).

La publicidad de medicamentos es un tema controvertido y regulado en la mayoría de los países, entendiendo la publicidad dirigida al consumidor como: «Cualquier forma remunerada de comunicación no personal de medicamentos con receta por parte de los fabricantes y de los distribuidores cuyo efecto sea la inducción, provisión, compra o/y uso de los medicamentos con receta».¹³¹ En-

¹³¹ HARKER, M. y HARKER, D. «Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Medicines: A Systematic Review of the Evidence from the Perspective of the Consumer», *Leadership in health services*

Tabla 8. Terapias más promocionadas en la publicidad directa al consumidor, 2010

Clasificación	Tipo de fármaco	Nombre comercial en EE.UU.	Gasto en publicidad directa dirigida al consumidor
1	Estatina	Lipitor	272
2	Inhibidor de la 5 fosfodiseterasa	Cialis	216
3	Inhibidor de la recaptación de serotonina epinefrina	Cymbalta	206
4	Corticoide inhalado y beta agonista de efecto prolongado	Advair	200
5	Antipsicótico atípico	Abilify	156
6	Corticoide inhalado y beta agonista de efecto prolongado	Symbicort	152
7	Inhibidor de la recaptación de serotonina epinefrina	Pristiq	127
8	Antiagregante plaquetario oral	Plavix	127
9	Anticonvulsivante	Lyrica	112
10	Agonista parcial de los receptores de nicotina	Chantix	110
11	Antagonista muscarínico	Toviaz	109
12	Inhibidor de la 5 fosfodiseterasa	Viagra	100
13	Estatina	Crestor	95
14	Bifosfonato oral	Boniva	85
15	Ácido graso omega 3	Lovaza	81
16	Antipsicótico atípico	Seroquel	81

Gasto en millones de dólares.

El nombre comercial de Estados Unidos en muchas ocasiones coincide con el nombre en España.

tre los países desarrollados, los medicamentos que necesitan una prescripción facultativa para ser vendidos solo pueden ser publicitados en Estados Unidos y Nueva Zelanda; en el resto de países no está permitido. En España existe una normativa ministerial que regula¹³² la publicidad:

(Bradford, England). 2007; 20(2): págs. 76-84. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20690467>.

¹³² Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. *Guía del SNS para la publicidad de medicamentos de uso humano dirigida al público*. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, Área de Información a Profesionales y Publicidad de Medicamentos, Madrid, 2011.

- 1) En los diferentes medios: prensa escrita, radio, televisión, exposición pública mediante carteles, prensa o publicidad digital, etc.
- 2) Los distintos lugares (públicos, comercios, farmacias, consultorios, etc.).
- 3) A quién va dirigida: público en general, pacientes, profesionales sanitarios, médicos, etc.

La publicidad de medicamentos dirigida al público en general se limita a los fármacos que cumplen una serie de requisitos, entre los cuales se encuentran que no se financien con fondos públicos, que por su composición y objetivo estén destinados y concebidos para su utilización sin la intervención de un médico y que no constituyan sustancias psicótropas o estupefacientes.

La publicidad de medicamentos es un tema muy controvertido en cuya discusión se mezclan las ideas morales con aquellas sobre el mercado. Los defensores de la publicidad de medicamentos con receta usan diferentes argumentos para demostrar que es necesaria porque:

- 1) Aumenta el sentido de responsabilidad de los pacientes.
- 2) Mejora el seguimiento de los tratamientos.
- 3) Ofrece alternativas de tratamiento e información sobre las enfermedades y los tratamientos.
- 4) Debe existir basándose en la libertad para expresar lenguaje comercial.

En los países en los cuales está permitida, la publicidad se ha ido adaptando a los cambios normativos, al mismo tiempo que las empresas han creado códigos de buenas prácticas y buscado el apoyo de las sociedades científicas.¹³³ Pero en realidad la sociedad se ve obligada a aceptarla porque los medicamentos son considerados un producto comercial y, en el caso de Estados Unidos, también por la obligación de seguir la interpretación que hace el Tribunal Supremo del lenguaje de la publicidad de los medicamentos:

The First Amendment protects free speech, including commercial speech. “Commercial speech is protected from unwarranted government regulation,” the U.S. Supreme Court has held. Even if Congress were to impose such a ban, it would be unlikely to pass Constitutional muster (citado en la referencia).

¹³³ KELLERMAN, R. y AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS. «AAFP Supports Improvement, not Ban, on Direct-to Consumer Prescription Drug Ads», *Annals of Family Medicine*. Marzo-abril de 2007; 5(2): págs. 180-181. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17389544>.

Los detractores, a su vez, argumentan que la publicidad:

- 1) Pone en peligro la seguridad del paciente, ya que se trata de medicamentos cuyos efectos adversos infrecuentes todavía son desconocidos, así como la seguridad a largo plazo. Este argumento solo es válido para los fármacos recién incorporados al mercado, pero que, en realidad, constituyen el grupo más numeroso de medicamentos publicitados.
- 2) Provoca un aumento de los costes de la asistencia, porque los medicamentos nuevos suelen ser más caros y no se promocionan medicamentos genéricos.
- 3) Tiene efectos en la relación médico-paciente, ya que solo el médico puede extender una receta y, por lo tanto, ha de plegarse a la demanda del paciente o argumentar en contra, lo que hace que se use el tiempo de la visita en la dirección que propone el anunciante, no en las necesidades de la consulta.

Internet es un espacio que ofrece enormes posibilidades para la información de los pacientes y proveedores, así como para la promoción de medicamentos, dispositivos y aplicaciones. La publicidad en la red ha aumentado mucho en los últimos diez años, tanto la dirigida a la promoción de fármacos como la destinada al uso de aplicaciones para los dispositivos electrónicos, como los teléfonos móviles, las pulseras o los relojes. La regulación de este tipo de publicidad no suele ser específica y generalmente se sitúa dentro de regulaciones más generales que hacen referencia a la publicidad en los medios de comunicación, la prensa escrita, la radio y la televisión.

Desde que en Estados Unidos empezaron a publicitarse los fármacos en la televisión, la Food and Drug Administration (FDA) estadounidense ha ido adaptando la regulación existente y ha incorporado una regulación específica para la red, aunque con dificultades, dado el carácter de cambio continuo de internet (véase la tabla 9).

Los costes de la publicidad directa al consumidor (el nombre es una declaración de principios; al paciente/enfermo lo denomina consumidor, lo cual, sin duda, es cierto, pero el término añade una connotación consumista) en Estados Unidos han aumentado de forma exponencial, desde 12 millones de dólares en 1989 a 2.380 millones de dólares en 2001 y 4.700 millones de dólares en 2008. En la última década, en Estados Unidos, el mayor crecimiento económico relacionado con la publicidad de productos sanitarios se ha producido en la promoción digital.

Tabla 9. Cambios en los porcentajes de gastos por categorías en la publicidad dirigida al consumidor en EE.UU. durante el período 2005-2009¹³⁵

Tipo de PDaC	Gasto en 2005	Gasto en 2009	Porcentaje de cambio 2005-2009
Total en televisión	3.390.587.472	2.943.000.894	-13,20 %
Total en medios impresos	1.320.786.065	1.349.517.112	2,18 %
Total ventas a la radio	66.798.340	46.323.067	-30,65 %
Publicidad exterior	8.640.720	7.598.381	-12,06 %
Internet	56.180.283	117.403.346	108,98 %
Gasto total en publicidad	4.842.992.880	4.463.842.800	-7,83

Fuente: Nielsen Co. Datos tomados de *fee-based PharmLive Report Direct to Consumer Advertising Review and Outlook 1011*.

En internet, la publicidad se lleva a cabo de maneras muy distintas, entre las cuales las más frecuentes son las siguientes: recomendaciones para visitar la web del producto; envío de mensajes o de correos electrónicos personales en respuesta a una visita a la web; promoción de aplicaciones digitales diseñadas para los móviles o para las tabletas que monitorizan la presión arterial, el pulso, el peso, el patrón del sueño o el consumo de calorías según la actividad física; cupones para obtener descuentos de los productos publicitados o invitaciones para participar en estudios y ensayos. La industria también usa las redes sociales Facebook, Twitter o los canales de YouTube como herramientas de marketing, y con el mismo fin inserta publicidad en los buscadores. Algunos anuncios llegan al receptor del mismo modo que los emitió la industria. En cambio, otros se trasladan a las redes sociales y, entonces, la industria pierde el control y los anuncios pueden ser manipulados o asociados a contenidos indeseables. La publicidad incrustada en los buscadores dispone de espacios muy reducidos, por lo que suele ser casi una foto-mensaje, cuyo pequeño formato impide detallar aspectos importantes de los fármacos, como, por ejemplo, los efectos adversos, aunque, para solventarlo, redirigen al receptor del mensaje a la página web de la compañía. Sin embargo, estas maniobras de ir de una página a otra consumen tiempo y distraen al internauta de su obje-

¹³⁴ MACKEY, T. K.; CUOMO, R. E. y LIANG, B. A. «The Rise of Digital Direct-to-Consumer Advertising? Comparison of Direct-to-Consumer Advertising Expenditure Trends from Publicly Available Data Sources and Global Policy Implications», *BMC Health Services Research*. 19 de junio de 2015; 15: pág. 236. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26084705>.

tivo principal, por lo que las abandona fácilmente y se queda con una información parcial. Algunas agencias gubernamentales, como la FDA en Estados Unidos, supervisan la publicidad después de que haya sido emitida y, aunque tienen capacidad sancionadora, no siempre son eficaces, ya que se enfrentan al mundo de internet y de las redes sociales, que es cambiante, disperso y laberíntico.¹³⁵

2.3.2. Información y publicidad

La línea divisoria entre información y publicidad es difícil de determinar, porque la publicidad contiene información y la transmite. No obstante, el objetivo de una y otra es distinto y debería permitir diferenciarlas. La publicidad directa al consumidor (PDaC o DTCA, *direct to consumer advertising*, en inglés), orientada al público en general y a los pacientes en particular, habla de la salud, de las pruebas diagnósticas o de los tratamientos de enfermedades desde la perspectiva del producto que anuncian, lo cual quiere decir que la solución a ese problema (cuando existe) es la terapia publicitada. Así, la publicidad se contrapone a la información dirigida al consumidor, que es la divulgación informativa sobre esos temas y, cuando la información es excelente, ofrece las diferentes posibilidades diagnósticas o terapéuticas. Ambas tienen la obligación de ser veraces pero no exhaustivas y, además, deberían contribuir a evitar que se confunda la enfermedad con los trastornos o cambios que no son propiamente patologías, sino que, o bien son variantes de la normalidad, o consecuencia del envejecimiento, o del estilo de vida.¹³⁶ Los fabricantes utilizan esta divulgación informativa sobre la salud para familiarizar al receptor con los productos publicitados, convirtiendo la información en publicidad encubierta y posibilitando, a menudo, una visión sesgada que prime la opinión del fabricante y los beneficios del producto. Esta información puede formar parte de una campaña general de promoción que sitúe en la opinión pública una inquietud sobre lo que es sano, saludable o deseable; ofrece

¹³⁵ CARPENTIER, F. R. «Considering the Future of Pharmaceutical Promotions in Social Media Comment on “Trouble Spots in Online Direct-to-Consumer Prescription Drug Promotion: A Content Analysis of FDA Warning Letters”», *International Journal of Health Policy and Management*. 9 de febrero de 2016; 5(4): págs. 283-285. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27239874>.

¹³⁶ PIPON, J. C. y WILLIAMS-JONES B. «Regulating Direct-to-Consumer Drug Information: A Case Study of Eli Lilly’s Canadian 40over40 erectile Dysfunction campaign», *Health Policy*. Mayo de 2015; 10(4): págs. 16-23. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26142356>.

una única solución, aparentemente sencilla, y recomienda consultar con un profesional para corroborar lo anunciado, tanto información como solución. Esto, en realidad, es otra forma de promover la prescripción de un medicamento y de aumentar el número de recetas y de consultas sobre problemas reales o inducidos, lo que a veces sobrecarga innecesariamente las consultas de los profesionales sanitarios.¹³⁷⁻¹³⁹

Sin embargo, a cambio:

- 1) El receptor de la publicidad obtiene información para su salud, aunque lo ideal sería que se transmitiera teniendo en cuenta el justo equilibrio entre riesgo y beneficio.
- 2) La inquietud generada por la publicidad puede llevar a algunas personas a buscar más información, ya sea a través de su médico, del farmacéutico, de sus familiares y conocidos o, de una forma más anónima, a través de internet.¹⁴⁰
- 3) Los pacientes más informados se supone que se adhieren más al tratamiento, lo cual sería beneficioso para su salud.
- 4) Los pacientes más informados interactúan con su médico de manera distinta, y también es probable que reciban más tratamiento con medicamentos.

El análisis de los efectos de la promoción publicitaria es complejo, porque intervienen muchos factores, ha de incluir a un gran número de personas enfermas y sanas, y suele estar sesgada ideológicamente debido a que utiliza argumentos basados en valores ideológicos (mercado, empoderamiento del paciente). Aunque la publicidad va dirigida a toda la población, tanto sana como

¹³⁷ BÉLISLE-PIPON, J. C. y WILLIAMS-JONES, B. «Drug Familiarization and Therapeutic Misconception via Direct-to-Consumer Information», *Journal of bioethical inquiry*. Junio de 2015; 12(2): págs. 259-267. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25963773>.

¹³⁸ STANGE, K. C. «Time to Ban Direct-to-Consumer Prescription Drug Marketing», *Annals of Family Medicine*. Marzo-abril 2007; 5(2): págs. 101-104. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17389532>.

¹³⁹ FROSCH, D. L.; KRUEGER, P. M.; HORNIK, R. C.; CRONHOLM, P. F. y BARG, F. K. «Creating Demand for Prescription Drugs: A Content Analysis of Television Direct-to-Consumer Advertising», *Annals of Family Medicine*. Enero-febrero de 2007; 5(1): págs. 6-13. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17389532>.

¹⁴⁰ AIKIN, K. J.; SWASY, J. L. y BRAMAN, A. C. «Patient and Physician Attitudes and Behaviors Associated With DTC Promotion of Prescription Drugs – Summary of FDA Survey Research Results», U.S. Department of Health and Human Services Food and Drug Administration Center for Drug Evaluation and Research. 2004. Se puede consultar en: <https://www.fda.gov/downloads/AboutFDA/CentersOffices/CDER/ucm109877.pdf>.

enferma, es más visible para la población que padece el «problema» publicitado, que también es la más vulnerable.

2.3.3. Una publicación de expertos en marketing

Harker y Harker, ambos profesores de marketing en Australia, en 2007 publicaron un artículo en *Journal of Medical Marketing* en el que analizan la perspectiva de los consumidores ante la publicidad de medicamentos. Exploran la perspectiva del consumidor desde tres puntos de vista: la educación del consumidor, la protección y la medicalización de la sociedad, y para ello llevan a cabo una revisión de la bibliografía desde 1987 a junio 2006. Estos autores comienzan su artículo diciendo que muchos de los debates a favor y en contra de la publicidad de fármacos con receta excluyen la evidencia basada en la realidad, pero no aportan ejemplos concretos de esta afirmación. Esta opinión sobre no tener en cuenta la evidencia basada en la realidad es compartida por otros autores como Barbara Mintzes, que en 2012¹⁴¹ publicó un artículo en *The Annual Review of Public Health*, pero ella cita ejemplos muy ilustradores: el caso de Rofecoxib, uno de los medicamentos más publicitados en Estados Unidos entre 1999 y 2004, y del cual se estima que provocó entre ochenta mil y ciento cuarenta mil ataques al corazón, un 40 % de ellos fatales, antes de ser retirado del mercado; o el ejemplo del benoxaprofeno, que data de 1983 (la publicidad de los medicamentos con receta dirigida al público general comienza en 1981), un fármaco antiinflamatorio que fue retirado por su hepatotoxicidad.

Las conclusiones positivas del artículo de Harker y Harker se refieren a la mayor información que los consumidores poseen sobre la enfermedad y los tratamientos, y a que, al estar mejor informados, también están más preparados para dialogar con su médico, pero los autores son menos estrictos cuando afirman que la publicidad puede facilitar que las personas mayores decidan adherirse al tratamiento. Las conclusiones negativas del artículo aluden a que la publicidad dirigida al consumidor parece aumentar la demanda de tratamiento y de medicamentos, y que los consumidores necesitan más información sobre los riesgos de los fármacos con receta que la suministrada en la publicidad, con lo que están reconociendo que la conclusión positiva sobre la

¹⁴¹ MINTZES, B. «Advertising of Prescription-Only Medicines to the Public: Does Evidence of Benefit Counterbalance Harm?», *Annual Review of Public Health*. Abril de 2012; 33: págs. 259-277. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22429162>.

mayor cantidad de información que poseen los consumidores es una verdad a medias. Un aspecto destacable de las conclusiones es que los autores utilizan la palabra «consumidores» para designar a los pacientes (ya se ha comentado antes la connotación consumista de esta denominación).

En su análisis, Harker y Harker no encuentran referencias bibliográficas del impacto de la DTCA en el comportamiento de los consumidores en relación con la adquisición y uso de los fármacos, y corroboran lo que ya se había dicho sobre la información del paciente, la presión sobre la relación médico-paciente, el aumento de la demanda de tratamiento y la escasa información sobre los riesgos del fármaco. Pero, a mi entender, no entran en el fondo del problema:

- 1) Si la publicidad consigue mejores resultados de salud: si reduce la morbilidad y la mortalidad.
- 2) Cómo la publicidad contribuye al número de efectos adversos de los medicamentos con receta y cuántos se podrían evitar con menos tratamientos o tratamientos mejor conocidos, es decir, el papel de la publicidad en la seguridad clínica.
- 3) Cómo incide en la satisfacción del paciente.
- 4) Si existen mejores u otras alternativas al producto publicitado.
- 5) Si hay alternativas a la publicidad que consigan mejores resultados.

Por último, un aspecto de gran relevancia en torno a la publicidad es cómo afecta al precio de los medicamentos: el artículo no plantea cómo incide la publicidad en el acceso a la atención sanitaria y a los fármacos, lo cual no es baladí, ya que su precio es un factor limitante o disuasorio¹⁴² para acceder a los fármacos.¹⁴³ La industria financia la publicidad, pero no explica cómo esta última repercute en el precio del producto que paga el consumidor y si encarece la atención, en cuyo caso limitará el acceso a los medicamentos, ya que, como se ha visto en el ejemplo canadiense, el precio del fármaco es un factor limitante. Aunque es cierto que el estudio no se diseñó para contestar a esas preguntas,

¹⁴² MORGAN, S. G.; GAGNON, M. A.; MINTZES, B. y LEXCHIN, J. «A Better Prescription: Advice for a National Strategy on Pharmaceutical Policy in Canada», *Healthcare policy*. Agosto de 2016; 12(1): págs. 18-36. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27585023>.

¹⁴³ «QuickStats: Percentage of Adults Aged ≥45 Years Who Reduced or Delayed Medication to Save Money in the Past 12 Months Among Those Who Were Prescribed Medication, by Diagnosed Diabetes Status and Age – National Health Interview Survey, 2015», *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. Junio de 2017; 30; 66(25): pág. 679. Se puede consultar en: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6625a5>.

también es verdad que esta cuestión es importante y necesaria, ya que los autores dicen que realizan el estudio desde la perspectiva del consumidor.

2.3.4. *Publicaciones de organismos gubernamentales*

En 2004, la Food and Drug Administration de Estados Unidos publicó un informe acerca de las actitudes y el comportamiento de los pacientes y los médicos asociados con la publicidad de los medicamentos con receta.¹⁴⁴ El informe realizado por ese organismo público muestra los resultados de tres encuestas telefónicas llevadas a cabo por dicho organismo, dos de las cuales dirigidas a los pacientes y una a los médicos. Las preguntas intentaban:

- 1) Esclarecer algunas cuestiones relevantes sobre la promoción publicitaria de medicamentos con receta en cualquier medio de comunicación.
- 2) Extraer conclusiones sobre los efectos beneficiosos o perniciosos de esta publicidad.

A los médicos se les encuestó una sola vez, a diferencia de a los pacientes, a quienes se encuestó en dos ocasiones, en 1999 y en 2002, lo que permite la comparación de resultados de ambas encuestas. El estudio se realizó con pacientes que habían visitado a su médico recientemente, y se excluyó, por lo tanto, a la población que no va al médico. Como en el artículo de Harker y Harker, en esta ocasión el objetivo de la encuesta tampoco fue saber cuánto encarece la publicidad el precio del medicamento ni si existen alternativas a ella que consigan como mínimo los mismos resultados.

Los resultados del estudio sobre la promoción publicitaria se pueden resumir en las siguientes conclusiones:

- 1) La publicidad de medicamentos consigue que los pacientes tengan un mayor conocimiento del fármaco publicitado a través de la información proporcionada en el anuncio, así como de las condiciones patológicas y de los nuevos tratamientos.

¹⁴⁴ AIKIN, K. J.; SWASY, J. L. y BRAMAN, A. C. «Patient and Physician Attitudes and Behaviors Associated With DTC Promotion of Prescription Drugs – Summary of FDA Survey Research Results», U.S. Department of Health and Human Services Food and Drug Administration Center for Drug Evaluation and Research. 2004. Se puede consultar en: <https://www.fda.gov/downloads/AboutFDA/CentersOffices/CDER/ucm109877.pdf>.

- 2) Fomenta que el paciente pregunte al médico y le ayude a plantear las cuestiones relevantes. Al igual que en el estudio de Harker y Harker, el médico sigue siendo la fuente de información preferida por los pacientes.
- 3) No aumenta el número de visitas a los médicos, ya que los pacientes aprovechaban una consulta por otro motivo de salud para realizar las preguntas.

Sin embargo:

- 1) Casi la mitad de los médicos encuestados manifestaron que se sentían presionados para prescribir los medicamentos publicitados, y un grupo menor de médicos afirmó que estaba muy presionado.
- 2) Los pacientes y los médicos indicaron que los anuncios sobrevaloran la eficacia de los fármacos y no muestran un justo equilibrio entre el riesgo y el beneficio.
- 3) Los pacientes asignan una mala puntuación a la información escrita por ser poco inteligible.
- 4) En la encuesta de 2002, un número menor de pacientes respecto a la de 1999 opinó que la publicidad fuese de verdad útil para relacionarse con su médico o para tomar decisiones.

Cabe preguntarse si las tres primeras conclusiones son en realidad positivas y no al contrario, francamente negativas, ya que una información fidedigna y no sesgada también conseguiría que el paciente estuviese bien informado, que las preguntas surgieran de la preocupación y de la necesidad del paciente sin estar dirigidas por el anunciante y que el tiempo de la visita al médico no se gestionase desde la perspectiva del anunciante.

En el período 2004-2016, la FDA publicó otros informes que analizan los efectos de la promoción publicitaria desde distintas perspectivas:

- 1) A partir de los diferentes tipos de soporte (vídeo, televisión, internet, escrita, etc.).
- 2) El efecto sobre diversas poblaciones (adolescentes, consumidores, etc.) y el examen de las correcciones propuestas.
- 3) La declaración de efectos adversos ligados al medicamento o a la publicidad a través de un teléfono de llamada gratuita.
- 4) La inteligibilidad de los textos desde el punto de vista del paciente o el contenido del anuncio analizando la parte de audición, imagen y texto.

- 5) Las consecuencias de la información proporcionada sobre el medicamento o sobre la condición patológica que dice que trata.
- 6) La comparación de precios entre medicamentos.

Este esfuerzo revela la voluntad de adaptar a la realidad la publicidad de los medicamentos¹⁴⁵⁻¹⁴⁶ con receta, aceptando tácitamente que los beneficios son mayores que los riesgos, omitiendo la evidencia en contra, retocando la regulación numerosas veces, sin asumir que el motivo de la publicidad es persuadir al paciente de las bondades de un producto, aumentar sus ventas y, por lo tanto, incrementar los beneficios económicos y el prestigio de la marca. Y cuando la publicidad consigue cualquier efecto beneficioso para el paciente, es un producto derivado, un efecto colateral, algo así como un fleco. Y esta parece la misión de ese organismo: conseguir que los flecos sean beneficiosos para los pacientes, o por lo menos no dañinos.

La FDA concluyó, en 2015, una encuesta dirigida a los profesionales con capacidad para prescribir (médicos y otros profesionales sanitarios), que está pendiente de publicación y que amplía los datos de la encuesta de 2002. Y, además, ha emprendido otro estudio, similar al publicado en 2004, sobre la promoción de los medicamentos con receta, que investiga en cuatro direcciones:¹⁴⁷

- 1) La proporción de pacientes a quienes les prescriben un medicamento de marca registrada después de preguntar a su médico.
- 2) La ampliación de las búsquedas sobre los productos publicitados o sobre la enfermedad que dicen que tratan.
- 3) La cantidad de información sobre riesgos y beneficios.
- 4) El efecto de la publicidad en la percepción de los beneficios de un producto.

Estos estudios y los cambios que se deriven en la regulación y que están promovidos por la FDA pretenden evitar, prevenir o corregir los efectos negativos.

¹⁴⁵ SHEEHAN, K. B. «Balancing Acts: An Analysis of Food and Drug Administration Letters about Direct-to-Consumer Advertising Violations», *Journal of Public Policy and Marketing*. 2003; 22(2): págs. 159-169. Se puede consultar en: <http://journals.ama.org/doi/abs/10.1509/jppm.22.2.159.17645?code=amma-site>.

¹⁴⁶ DORAN, E. «Trouble Spots in Online Direct-to-Consumer Prescription Drug Promotion: Teaching Drug Marketers How to Inform Better or Spin Better? Comment on “Trouble Spots in Online Direct-to-Consumer Prescription Drug Promotion: A Content Analysis of FDA Warning Letters”», *International Journal of Health Policy and Management*. 21 de febrero de 2016; 5(5): págs. 333-335. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27239884>.

¹⁴⁷ Véase <http://www.fda.gov/aboutfda/centersoffices/officeofmedicalproductsandtobacco/cder/ucm090276.htm#completed> (consultado el 2-7-2017).

2.3.5. *Publicaciones de profesionales académicos sanitarios y no sanitarios*

La controversia generada por la promoción publicitaria de medicamentos no cesa. Las ventajas son alabadas o puestas en duda y los inconvenientes se subrayan, minimizan u obvían. La publicidad de fármacos para tratar enfermedades graves o crónicas merece especial atención, ya que incide en los pacientes más vulnerables, por lo que debería tener una consideración especial.

Lowell E. Schnipper y Gregory A. Abel, que trabajan en áreas oncológicas en la Harvard Medical School de Boston, en Massachusetts (Estados Unidos),¹⁴⁸ consideran que la promoción publicitaria de los medicamentos contra el cáncer no es beneficiosa porque:

- 1) No es realista.
- 2) Genera expectativas de eficacia erróneas.
- 3) No considera las alternativas de tratamiento.
- 4) Se expresa en términos equívocos.
- 5) Omite los efectos adversos.
- 6) Somete al paciente a riesgos desconocidos, ya que son fármacos poco usados todavía.
- 7) No introduce el coste del medicamento como un factor en la toma de decisiones.
- 8) Puede afectar negativamente la relación médico-paciente y reducir la confianza en los médicos.

Citan el ejemplo de la publicidad de un producto para el tratamiento de un tipo de cáncer de pulmón, Opdivo (nivolumab) y destacan que en el anuncio, que se emitía en Estados Unidos, se omitía qué proporción de pacientes toleran o se benefician de esta medicación, cuáles son las alternativas, que no todos los pacientes responden al tratamiento del mismo modo y cuánto alarga la vida sin progresión de enfermedad o con ella. El anuncio muestra a un enfermo postrado, rodeado de sus familiares, y, en una imagen posterior, al mismo enfermo, pero ya con aspecto saludable, paseando por el campo con sus nietos y jugando con un perro.

¹⁴⁸ SCHNIPPER, L. E. y ABEL, G. A. «Direct-to-Consumer Drug Advertising in Oncology Is not Beneficial to Patients or Public Health», *JAMA Oncology*. 1 de noviembre de 2016; 2(11): págs.1397-1398. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27532895>.

Este fármaco está poco probado en mayores de 75 años, en los que parece que es menos eficaz. Aplicado a nuestro entorno, en España el 51 % de pacientes con cáncer de pulmón tiene más de 70 años. Del estudio pivotal se excluyeron los pacientes con un grado funcional ECOG¹⁴⁹ > 1. Tampoco se indica que los efectos adversos de cualquier tipo, leves o graves, aparecen en hasta el 97 % de los que toman el medicamento, y 11 % lo abandona por toxicidad. E igualmente se omite el coste; la dosis recomendada es 3 mg/kg/ 2 semanas mientras haya respuesta al tratamiento, y el precio del vial de 100 mg es de 1.540,15 € con IVA. Un paciente de 75 kg necesitará 225 mg y su tratamiento cuesta 3.731,25 € cada dos semanas¹⁵⁰ (Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad).

Cuando se aprobó su uso en España, la noticia apareció en la prensa periódica y fue presentado por el director médico de la compañía fabricante Bristol Myers Squibb y los presidentes del Grupo Español de Melanoma y del de Cáncer de Pulmón. La noticia se comunicó en los mismos términos que se exponen en el artículo de L. E. Schnipper *et al.*¹⁵¹

La doctora Crystal Adams, del Departamento de Sociología de la Universidad de Miami,¹⁵² defiende la publicidad de los medicamentos con receta porque:

- 1) Promueve un estilo de vida saludable.
- 2) Fomenta un nuevo concepto de empoderamiento del paciente.
- 3) Enfatiza la responsabilidad personal en el cuidado de la propia salud.
- 4) Proporciona educación al público fuera de la consulta: la publicidad de medicamentos con receta desempeña un papel social, ya que difunde mensajes sobre comportamiento saludable o sobre enfermedades o tratamientos,

¹⁴⁹ La escala ECOG es una forma práctica de medir la calidad de vida de un paciente exclusivamente con cáncer u oncológico, cuyas expectativas de vida cambian en el transcurso de meses, semanas e incluso días. Fue diseñada por el Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) de Estados Unidos y validada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En 1982 la publicaron Oken *et al.* Esta escala también se llama escala WHO o Zubrod score. Su principal función consiste en objetivar la calidad de vida del paciente o *performance status*.

¹⁵⁰ Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. «Informe de posicionamiento terapéutico de nivolumab (Opdivo[®]) en el tratamiento de cáncer de pulmón no microcítico de histología escamosa». 2016. Se puede consultar en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/IPTnivolumab-Opdivo-cancer-pulmon-NMHNE.pdf>.

¹⁵¹ Véase <http://www.elmundo.es/salud/2016/02/02/56b0cd1746163f2b3d8b4582.html> y también <http://www.economista.es/salud/noticias/6884603/07/15/Europa-aprueba-nivolumabBMSBristolMyers-para-cancer-de-pulmon-no-microcitico-de-histologia-escamosa.html> (consultado el 28-06-2017).

¹⁵² ADAMS, C. «Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Drugs Can Inform the Public and Improve Health», *JAMA Oncology*. 1 de noviembre de 2016; 2(11): págs. 1395-1396. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27532690>.

instruyendo al público y llevando a cabo una labor que los médicos no pueden realizar porque están demasiado ocupados.

- 5) La publicidad llega a grupos de población que difícilmente tienen acceso a los cuidados sanitarios.

Para ilustrar esas razones también recurre a un anuncio de televisión en el que un paciente afectado por artritis reumatoide que está confinado en un coche porque no puede moverse a causa de su enfermedad recupera la movilidad y es capaz de caminar por el campo con sus amigos después de tomar un antiinflamatorio, Celebrex, nombre registrado del fármaco celecoxib.

En ambas promociones publicitarias, el anuncio se desarrolla en un entorno apacible, en una escena familiar o de ocio, o en un paisaje impresionante, secundado por la música con el texto sobreimpreso en las imágenes y en un audio que detalla los beneficios y riesgos del producto.

Paul Biegler (del Center for Human Bioethics, School of Philosophical, Historical and International Studies, Monash University, Clayton, Victoria, Australia) y Patrick Vargas (del Department of Advertising, University of Illinois at Urbana-Champaign, Illinois, Estados Unidos) han publicado un artículo acerca de cómo el entorno del anuncio (lugar donde se desarrolla, música que lo acompaña, audio, voz en off, timbre, tono, qué hacen los personajes) manipula la percepción del receptor.¹⁵³ En su estudio, llevado a cabo con voluntarios y usando un pseudoantigripal como ejemplo de medicamento, muestran que al vincular el nombre del fármaco con imágenes positivas, se producen sentimientos favorables hacia el medicamento, y que ocurre lo contrario cuando este se relaciona con imágenes negativas. Los sentimientos positivos ofrecen una visión más segura, efectiva y beneficiosa del fármaco, e incluso se asocian a una intención mayor de tomar el medicamento en el caso de tener ese problema de salud. En los ejemplos de los artículos anteriores se usan imágenes positivas: en el primer caso en un parque paseando con un perro y jugando con los nietos y, en el segundo, también paseando, aunque esta vez por el campo. Estas imágenes están lejos de la realidad del fármaco, pero evocan situaciones deseables; su objetivo es persuadir al mismo tiempo que transmiten información. Otros elementos de los anuncios pretenden distraer la atención del receptor, por ejemplo para que los riesgos o los efectos adversos del medicamento pasen inadvertidos. La vul-

¹⁵³ BIEGLER, P. y VARGAS, P. «Feeling Is Believing: Evaluative Conditioning and the Ethics of Pharmaceutical Advertising», *Journal of Bioethical Inquiry*. Junio de 2016; 13(2): págs. 271-279. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26818244>.

nerabilidad del receptor, ya sea por inmadurez (niños, adolescentes) o por la enfermedad, también incide en la percepción.¹⁵⁴ Los autores proponen varias soluciones, de las cuales vale la pena destacar dos: la que hace referencia a la regulación por parte de la FDA, que es quien tiene la responsabilidad de regular, y una segunda propuesta de mayor envergadura, que también debería ser responsabilidad de los organismos públicos, y que es promocionar la educación del receptor, es decir, educar a la sociedad para enfrentarse a los anuncios.

Barbara Mintzes, de la Universidad de la Columbia Británica (Canadá), en el artículo ya citado, publicado en 2012 en la *Annual Review of Public Health*, se muestra muy crítica con la publicidad de los medicamentos con receta.¹⁵⁵ Describe el riesgo que suponen los fármacos nuevos, porque cuando salen al mercado se desconocen sus efectos a largo plazo o en poblaciones amplias.

Cita ejemplos de toxicidad (rofecoxib, benoxaprofeno, rosiglitazona y tegaserod) y de eficacia (ezetimibe), y la erosión de la confianza en las agencias reguladoras (Agencia Europea del Medicamento, Food and Drug Administration) y en los organismos gubernamentales, de los cuales ya hemos comentado los conflictos de interés relacionados con las fuentes de financiación.

El artículo proporciona cifras ilustrativas de la exposición a la publicidad de medicamentos en Estados Unidos: entre 1999 y 2004, el incremento del número de anuncios de fármacos con receta fue de mil novecientos a cuatro mil ochocientos anuncios por persona; los que más televisión consumieron en 2000 vieron unos mil ochocientos anuncios sobre medicamentos para la artritis, y los que menos, unos setenta. La media de tiempo de exposición es de 16 horas/ciudadano/año. En cuanto a las ventas de medicamentos, por cada dólar invertido retornan entre 2,20 y 6,5.

En Holanda, después de dos años de campaña publicitaria de la empresa Novartis sobre onicomicosis (infección fúngica de las uñas) en los dedos de los pies, el número de consultas creció de 5,9/1.000 personas/año a 8,2, y la prescripción del medicamento promocionado de 6,5/personas/año a 15,2.

La autora también describe el sesgo de género asociado a la publicidad de medicamentos con receta. En la publicidad de un fármaco antidepresivo de 1997

¹⁵⁴ MILLER, J.; ROSENBLUM, A. y SILVERSTEIN, J. «Childhood Obesity», *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*. Septiembre de 2004; 89(9): 4211-4218. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15356008>.

¹⁵⁵ MINTZES, B. «Advertising of Prescription-Only Medicines to the Public: Does Evidence of Benefit Counterbalance Harm?», *Annual Review of Public Health*. Abril de 2012; 33: págs. 259-277. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22429162>.

a 2003, el 76 % de los modelos eran mujeres y al 96 % se las describía como la persona deprimida.

Las conclusiones a las que llega son demoledoras:

- 1) La publicidad aumenta el volumen de la prescripción de medicamentos con receta.
- 2) La publicidad incrementa las demandas de los pacientes.
- 3) La publicidad hace que los cambios de tratamiento sean mayores; además, los medicamentos se sustituyen por otros menos apropiados u otros menos coste-efectivos, y la venta de fármacos se mantiene pese al aumento de precios. Algunos cambios, en particular los relacionados con el coste, son más pronunciados en los pacientes que tienen la medicación total o parcialmente sufragada por terceros.
- 4) Uno de los argumentos que aportan los defensores de la publicidad de los medicamentos de venta con receta para justificar la promoción publicitaria es el aumento de la adherencia al tratamiento,¹⁵⁶ pero este argumento no está basado en la evidencia.
- 5) No existe evidencia de que la publicidad mejore la calidad de los tratamientos ni que ayude a anticipar cuidados necesarios.

2.3.6. La publicidad dirigida a una enfermedad: las personas con hemofilia

La hemofilia es un trastorno de la coagulación de origen genético recesivo que afecta a los varones, pero que lo transmiten las mujeres y que se trata con la administración de factores de la coagulación en caso de hemorragia aguda de cualquier localización o cuando se necesite una intervención quirúrgica. Algunas formas de hemofilia A precisan la administración de factor de coagulación de manera preventiva varias veces a la semana para evitar una hemorragia espontánea. La administración de estos productos está limitada por la disponibilidad, el precio y la posibilidad de transmisión de enfermedades virales con los hemoderivados. El número de personas con hemofilia en el mundo no es grande, pero generan un gasto muy elevado: una persona con hemofilia grave ne-

¹⁵⁶ Adherencia: seguimiento del tratamiento tal como está prescrito por el médico en cuanto a la dosificación y la duración. En algunos casos la no adherencia al tratamiento se convierte en un problema de salud pública, como por ejemplo el incumplimiento del tratamiento de la tuberculosis o de una enfermedad de transmisión sexual.

cesitó entre 2008 y 2011 unos 160.000 \$ al año; y, si además, presentaba inhibidores de los factores de coagulación, el coste se triplicó por tres en los adultos y por seis en los niños.

Desde hace muchos años, las personas con hemofilia son educadas para el autocuidado, ya que son ellas mismas quienes se administran los factores de coagulación y adaptan la administración a sus necesidades y, en algunos países, también son ellas quienes deciden qué marca registrada de factor de coagulación usar. El volumen del gasto relacionado con la atención sanitaria a las personas con hemofilia es muy elevado y difícil, por no decir imposible, de sufragar en su totalidad de manera individual. Los laboratorios fabricantes y distribuidores de factores de coagulación y de tratamiento antiinhibidores ayudan muy activamente a las personas hemofílicas de muy diversas maneras: organizan y subvencionan reuniones y campamentos juveniles, proporcionan abogados para defender las peticiones de los enfermos, aconsejan cómo sufragar los gastos, conceden becas de estudios, ofrecen empleo a los enfermos, a sus familiares o a sus cuidadores, e incluso facilitan un asesor personal al enfermo, además de regalos clásicos como comidas o subvenciones para asociaciones o para ayuda psicológica. Así consiguen que se formen vínculos estrechos entre el fabricante y el enfermo.

En este caso, el punto de mira de la industria no es un profesional sanitario ni un grupo de población, sino que es un individuo portador de una enfermedad que convivirá con él toda la vida, desde el nacimiento a la muerte, cuyo tratamiento es muy específico y único, y que tiene un coste muy elevado. La estrategia de marketing con el paciente hemofílico es similar a la que utilizan con los médicos. La ayuda a los grupos defensores de los pacientes (nuevos tratamientos, aligerar los mecanismos de aceptación de nuevas terapias, definición de la dosificación o de la frecuencia de administración) conlleva un conflicto de interés similar al que tiene lugar con los médicos, ya que condiciona las decisiones de los pacientes a través de los vínculos económicos, laborales y personales.¹⁵⁷

2.3.7. Una campaña publicitaria: información dirigida al consumidor

Un ejemplo de la separación tenue entre información y publicidad, y de cómo empieza siendo información y acaba siendo publicidad es la campaña sobre la disfunción eréctil que la compañía Eli Lilly llevó a cabo en Canadá. Esta cam-

¹⁵⁷ KUCAB, P.; STEPANYAN, K. D. y FUGH-BERMAN, A. «Direct-to-Consumer Marketing to People with Hemophilia», *PLoS Medicine*. 14 de junio de 2016; 13(6): e1001996. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27299305>.

paña se denominó *40over40*, haciendo referencia a que la disfunción eréctil afecta a alrededor del 40 % de los hombres a partir de los 40 años.¹⁵⁸

Jean Christophe Bélisle-Pipon y B. Williams-Jones, en un artículo publicado en 2015 en *Bioethical Inquiry*,¹⁵⁹ analizan la campaña y destacan algunos aspectos. La campaña empezó con un anuncio en la televisión explicando qué es la disfunción eréctil y la carga personal que representa para el individuo, al mismo tiempo que proporcionaba una referencia a un sitio web para obtener más información acerca de las opciones de tratamiento. La campaña proponía un autocuestionario (una versión abreviada del International Index of Erectile Dysfunction Questionnaire) para que cada lector pudiera reconocer el grado de disfunción eréctil que padecía, es decir, se autodiagnosticara, y a partir de ahí actuar. Inducir un autodiagnóstico es una práctica muy rentable, sobre todo cuando el inductor establece los criterios de diagnóstico y luego remite al individuo a un profesional sanitario, quien, en última instancia, carga con la responsabilidad del diagnóstico y del tratamiento, y se enfrenta a las expectativas inducidas por la publicidad. El artículo denuncia lo siguiente:

- 1) Las debilidades de la regulación legislativa canadiense, que delega su autoridad en terceros (Advertising Standards Canada y Pharmaceutical Advertising Advisory Board). Ambos organismos tienen unas competencias y un poder coercitivo limitado.
- 2) Las consecuencias para el público: las campañas informativas son, en realidad, publicidad indirecta, ya que se informa sobre una cuestión de salud y, al mismo tiempo, se ofrece una solución aparentemente fácil, y al final se añade la coletilla de consultar con un profesional sanitario, en particular uno que tenga capacidad para prescribir o vender un medicamento.
- 3) En la campaña no se hicieron referencias científicas, pero de ella se desprendían los siguientes puntos:
 - a) La diferencia entre normal o no normal era difusa y la respuesta eréctil no se relacionaba con la edad.
 - b) Una presentación desigual de las diferentes opciones de tratamiento y de los efectos secundarios y, en consecuencia, con esta campaña un indi-

¹⁵⁸ BÉLISLE-PIPON, J. C.; WILLIAMS-JONES, B. «Regulating Direct-to-Consumer Drug Information: A Case Study of Eli Lilly's Canadian 40over40 Erectile Dysfunction Campaign». *Health Policy*, mayo de 2015; 10(4): págs. 16-23. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26142356>.

¹⁵⁹ BÉLISLE-PIPON, J. C.; WILLIAMS-JONES, B. «Drug Familiarization and Therapeutic Misconception Via Direct-to-Consumer Information». *Journal of Bioethical Inquiry*, junio de 2015; 12(2): págs. 259-67. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25963773>.

viduo podía pensar que la única o la mejor solución es la farmacológica y, además, el patrocinador de la campaña no era obvio y esta estaba avalada con el logo de Advertising Standards Canada (organismo gubernamental), posibilitando la confusión sobre quién la patrocinaba y beneficiándose de la imparcialidad que se le supone a una campaña gubernamental de promoción de la salud.

- c) Ciertamente, la información es útil para que el individuo tome decisiones y reconozca los problemas de salud y pueda conseguir solucionarlos; no obstante, en este caso, la información es interesada, no es neutral y su objetivo es dar a conocer un producto y, en última instancia, venderlo más y mejor. De ahí que la información pueda generar un concepto terapéutico erróneo, ya que el individuo puede no ser consciente de los intereses comerciales de la información y verla como una información general sobre la salud igual que otras campañas preventivas, como, por ejemplo, las realizadas contra el sedentarismo o contra el hábito del tabaquismo.
- 4) Estas campañas promocionales se aprovechan del prestigio de la ciencia y de los éxitos de la medicina en la lucha contra algunas enfermedades.
- 5) La campaña genera presión sobre los médicos y farmacéuticos, porque remite a la consulta del profesional sanitario e induce un tratamiento farmacológico.

En Canadá está permitido anunciar el nombre del medicamento, pero no las indicaciones para las cuales está aprobado. También se puede recordar al público un problema de salud, pero no el fármaco para tratarlo, y al mismo tiempo se recomienda consultar con un profesional para recabar información. Estos requisitos estuvieron presentes en la campaña antes reseñada. Insistir en el nombre de un medicamento registrado o en un problema de salud son formas sutiles de publicidad, y este tipo de información debería ser considerado publicidad indirecta. Se puede acceder a la ficha técnica del fármaco con facilidad en internet, donde consta toda la información sobre el medicamento, las indicaciones, los efectos adversos, la posología, las formas de administración, las precauciones, el precio, etc. Y relacionarla con el problema de salud es obvio. Aunque si alguien realiza todos estos pasos quiere decir que está preocupado y que necesita información, y esta es una manera de conseguirla. La información obtenida a través de la web de la industria o de la publicidad está tamizada por el interés de terceros, que puede remitir al lector a la consulta del médico con un guion ya establecido.

Cuadro 6. Consideraciones para determinar si una actividad es promocional (publicidad) o no promocional (informativo), basado en la «Distinción entre publicidad y otras actividades». *Health Canada, 2005*

Consideraciones	DAOA test	Especificidades del caso	Tipo de actividad más probable
En qué contexto se disemina el mensaje	El mensaje está basado en datos científicos y comunicado [por un experto] o es un mensaje basado en un producto y comunicado a un grupo	Mensajes a través de la publicidad en televisión; e igualmente para las campañas de salud pública	Puede ser promocional o no promocional
Cuáles son las audiencias primarias y secundarias	Cuando son distintos, los mensajes para las agendas secundarias es más probable que sean publicidad	La audiencia de televisión es un amplio mercado; igualmente para las campañas de salud pública	Puede ser promocional o no promocional
Quién lanza el mensaje (¿el proveedor?)	Cuando el comunicador es independiente es menos probable que debe ser considerado publicidad	Los patrocinadores de los anuncios publicitarios o en los sitios web	Sobre todo promocional
Quién patrocina el mensaje y de qué manera	Cuando se paga una tarifa cualquiera para que sea distribuido es más probable que se trate de publicidad	Los patrocinadores de los medicamentos que no siempre son visibles	Promocional
Cuál es la influencia que tiene el fabricante del fármaco en el contenido del mensaje	Cuando el fabricante influye en el contenido del mensaje (preparación, edición) es más probable que se trate de publicidad	Los patrocinadores de los medicamentos son los responsables del contenido	Promocional
Cuál es el contenido del mensaje	¿El mensaje puede resistir un análisis científico riguroso? ¿Se sitúa la información en el contexto apropiado, por ejemplo, la discusión del manejo de una enfermedad o la investigación?	El rigor científico es vago o deficiente; orientado hacia el tratamiento en vez de hacia la prevención de la enfermedad o su manejo	Sobre todo promocional

(Continúa en la página siguiente.)

Consideraciones	DAOA test	Especificidades del caso	Tipo de actividad más probable
Con qué frecuencia se lanza el mensaje	Cuando el mensaje se distribuye de forma repetida es más probable que se trate de publicidad	La frecuencia la determina el patrocinador y está limitada solo por su presupuesto de marketing	Promocional

En España, el Real decreto 1416/1994, de 25 de junio, recoge la Directiva 2001/83/CE del Parlamento Europeo y del Consejo del 6 de noviembre de 2001, que, en su artículo 86, define la publicidad en los términos siguientes: «Toda forma de oferta informativa, de prospección o de incitación destinada a promover la prescripción, la dispensación, la venta o el consumo de medicamentos», y aplica el concepto de publicidad a:

- 1) La publicidad de medicamentos destinados a uso humano o a las personas facultadas para prescribirlos o dispensarlos.
- 2) La visita médica o el suministro de muestras gratuitas.
- 3) El patrocinio de reuniones promocionales a las que asisten personas facultadas para prescribir o dispensar medicamentos y, en particular, el hecho de correr a cargo con los gastos de desplazamiento y estancia con motivo de dichos congresos, la incitación a prescribir o dispensar mediante concesión, oferta o promesa de ventajas pecuniarias o en especie, excepto cuando su valor intrínseco sea mínimo.

La normativa española y la europea consideran una forma de publicidad los regalos a los médicos, ya sean obsequios directos, financiación de congresos o muestras gratuitas de medicamentos.

La principal razón para regular la publicidad estriba en que, de ambas maneras, con ella y con los regalos se pretende influir sobre la decisión del médico y condicionar la prescripción.¹⁶⁰ En suma, la normativa europea considera la publicidad una forma de presión externa sobre los médicos y sobre la relación médico-paciente. A través de la publicidad de medicamentos con receta para uso humano orientada al público en general y a los pacientes en particular, se pueden puentear las regulaciones que limitan la publicidad (en el sentido de

¹⁶⁰ KORNFIELD, R.; DONOHUE, J.; BERNDT, E. R. y ALEXANDER, G. C. «Promotion of Prescription Drugs to Consumers and Providers, 2001-2010», *PLoS One*. 4 de marzo de 2013; 8(3): e55504. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23469165>.

obsequios) a los médicos y, a través de la publicidad digital, sortear la normativa de cualquier país conectado a la red, con independencia de la legalidad vigente.

La segunda razón considera que la publicidad puede inducir a un mal uso de las medicinas y, por lo tanto, provocar problemas de salud de las personas y de los consumidores, e incitar al consumo de productos más caros y, por consiguiente, atentar contra la sostenibilidad de los sistemas públicos de salud.¹⁶¹

La tercera razón es la independencia y la objetividad de los médicos. Y la cuarta, la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

El objetivo de la publicidad de medicamentos es aumentar las ventas, y de ahí que la presión que ejerce la PDaC sea selectiva y se publiciten sobre todo los fármacos con los que se quiere obtener un rendimiento rápido. Estos cumplen ciertas características, como la novedad, la indicación, el precio, la marca registrada, la facilidad en la administración o la población diana:

- 1) Los medicamentos de reciente comercialización necesitan implantarse y conseguir una cuota de mercado y también ser rentabilizados lo antes posible. Estos fármacos nuevos se benefician del prestigio de la innovación, de lo «más moderno», y en su contra está que son medicamentos menos conocidos y, por ende, menos seguros. El caso de Rofecoxib, que ya se ha citado, es paradigmático:¹⁶² mediante una doble campaña publicitaria, ambas exitosas, una de ellas centrada en el paciente y no en el profesional, y, al mismo tiempo, otra campaña dirigida al profesional, que consistió en publicar en revistas de prestigio los resultados incompletos de los estudios sobre el medicamento, el fármaco consiguió ser un éxito de ventas y que millones de personas lo consumiesen. Pero después de cinco años de comercialización tuvo que ser retirado por su toxicidad. La introducción en el mercado se produjo en 1999 y la compañía lo retiró voluntariamente en 2005 antes de que las agencias del medicamento (la Agencia Europea del Medicamento y la Food and Drug Administration estadounidense) tomaran medidas.¹⁶³

Del éxito inicial que luego acabó en retirada del mercado se ha hecho una lectura pseudopositiva, ya que la rápida acumulación de experiencia de uso permitió descubrir la toxicidad y retirarlo del mercado de manera voluntaria.

¹⁶¹ Fundación Salud. «Marketing y publicidad de medicamentos en la industria farmacéutica: entorno digital (Salud 2.0)». Informe del experto núm. 8. Madrid, 2013.

¹⁶² FUNDACIÓ INSTITUT CATALÀ DE FARMACOLOGIA. «Las supuestas ventajas de celecoxib y rofecoxib: fraude científico», *Butlletí Grog*. Universitat Autònoma de Barcelona. 2002; 15(4): págs. 13-15. Se puede consultar en: <https://www.icf.uab.cat/assets/pdf/productes/bg/es/bg154.02e.pdf>.

¹⁶³ Véase <http://www.fda.gov/drugs/drugsafety/postmarketdrugsafetyinformationforpatientsandproviders/ucm106290.htm> (consultado el 02-07-2017).

- 2) Los medicamentos que tienen un número de indicaciones más amplio se publicitan porque van dirigidos a un mayor número de pacientes.
- 3) Las moléculas que se administren «per os» tienen mayor interés, ya que no necesitan a los profesionales sanitarios ni que se enseñe al paciente o al cuidador.
- 4) Los fármacos cuyas indicaciones potenciales son mejorar el rendimiento o disimular el envejecimiento, como, por ejemplo, los inhibidores de la fosfodiesterasa.
- 5) Los fármacos que se usan para el tratamiento de enfermedades, pero sobre todo para prevenirlas, con lo cual la población diana aumenta exponencialmente, por ejemplo, las estatinas.
- 6) La insistencia o la definición comercial de nuevas patologías: la flibanserina¹⁶⁴ constituye un ejemplo paradigmático: la definición del trastorno hipoactivo del deseo sexual en las mujeres en el *DSM-V*¹⁶⁵ y la aprobación posterior de la flibanserina para tratarlo. La aprobación de comercialización de este fármaco fue rechazada en 2010 y en 2013. Su eficacia es de alrededor del 10 %, y para aprobarlo se usaron argumentos como que los hombres disponen de numerosas pastillas para tratar la impotencia mientras que las mujeres no. Y a pesar de:
 - a) El tratamiento ha de tomarse por lo menos durante veintiocho días para conseguir ese efecto del 10 %.
 - b) La dificultad metodológica para medir la eficacia del fármaco (satisfacción sexual, número de coitos, satisfacción con la pareja, disminución de la ansiedad generada por la hipoactividad sexual).
 - c) Los efectos secundarios (hipotensión, síncope que puede provocar traumatismos graves, somnolencia y dificultad para llevar a cabo tareas habituales como conducir, entre otros).
 - d) Las interacciones con otras sustancias como el alcohol.
 - e) La importancia mediática de estas decisiones de las agencias de medicamentos es manifiesta, como muestran estas noticias recopiladas de periódicos de amplia tirada y distribución.¹⁶⁶

¹⁶⁴ DIVISION DIRECTOR REVIEW. «Center for Drug Evaluation and Research. Summary Review for Regulatory Action». 2009. Se puede consultar en: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/2010/022511Orig1s000SumR.pdf.

¹⁶⁵ *Diagnostic and Sattistical Manual of Mental Disorders (DSM-V*, quinta revisión). En castellano: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.

¹⁶⁶ Véase http://elpais.com/elpais/2015/12/01/ciencia/1448970835_746688.html, http://elpais.com/elpais/2015/08/19/ciencia/1440000743_905314.html, <http://www.elmundo.es/salud/2015/10/17/56228043ca4741f2118b45f5.html> (consultado el 2-7- 2017).

Las políticas de promoción de medicamentos probablemente cambiarán debido a la aparición de terapias con moléculas grandes que necesitan ser administradas por vía parenteral y que precisan condiciones especiales de almacenamiento, que van dirigidas a enfermedades infrecuentes y, por lo tanto, a pocos pacientes, que tratan los médicos especialistas y, en general, son muy caras.¹⁶⁷

En estos casos ya se está adoptando una estrategia similar a la que existe con el tratamiento de la hemofilia, es decir, diseñar una promoción dirigida al individuo o a las asociaciones de pacientes y conseguir nuevos, o diferentes, grupos de presión, no ya sobre los médicos simplemente, sino también sobre las agencias reguladoras o sobre otras instituciones gubernamentales.

En este contexto conviene remitir a las tablas 7 y 8 que ilustran ampliamente la publicidad de medicamentos:

- La tabla 7 destaca el aumento de la promoción a través de internet y, sobre todo, el presupuesto para las muestras gratuitas que alcanza la mitad de todo lo gastado. A pesar de que el número de nuevas moléculas lanzadas al mercado reduce el gasto, este crece en lo referente a publicidad
- La tabla 8 muestra que la mayor promoción se realizó en Lipitor, que es una estatina usada para la prevención del riesgo cardiovascular y el tratamiento de la hipercolesterolemia. Las recomendaciones de uso de estos medicamentos se basan en opiniones de expertos que utilizan los niveles de evidencia existentes para elaborar las recomendaciones.¹⁶⁸ La indicación de estos fármacos puede ser de dos tipos, como profilaxis primaria para rebajar el riesgo cardiovascular que en este caso se ha ligado a los niveles de colesterol en sangre (colesterol total, LDL y HDL) y como profilaxis secundaria en las personas que ya han sufrido un evento cardiovascular. En ambos casos el uso de las estatinas es para prevenir eventos cardiovasculares futuros y es determinante el punto de corte del nivel de colesterol a partir del cual se indica el tratamiento. El segundo gasto en promoción directa al consumidor y decimocuarto en ingresos es Cymbalta, que es un fármaco psicótropo de la familia de los inhibidores de la recaptación de la serotonina-norepinefrina, que se usa para el tratamiento de la depresión unipolar

¹⁶⁷ KORNFIELD, R.; DONOHUE, J.; BERNDT, E. R. y ALEXANDER, G. C. «Promotion of Prescription Drugs to Consumers and Providers, 2001-2010», *PLoS One*. 4 de marzo de 2013; 8(3):e55504. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23469165>.

¹⁶⁸ AMERICAN HEART ASSOCIATION. «Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III)», *Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel. Final Report*. 2 de mayo de 2016. Se puede consultar en: <http://circ.ahajournals.org/>.

y otros trastornos psiquiátricos, y también para los sofocos menopáusicos, incontinencia urinaria, fibromialgia o para la vulvodinia. El tercer medicamento más promocionado y quinto en ingresos es Advair Plus, que es una asociación de medicamentos que se emplea para tratar enfermedades crónicas respiratorias.

La capacidad de internet de adaptarse o de crear nuevas realidades es enorme, constante y difícil de prever, lo que hace que la regulación sea difícil y llegue a posteriori. Las formas de publicidad en la red son múltiples, y aunque estén prohibidas en muchos países, la prohibición resulta fácil de sortear, ya que se accede o se recibe a través de internet, donde, como es bien sabido, las fronteras entre países se difuminan:

- 1) Los *banners* o banderolas publicitarias son espacios reducidos que se insertan en páginas de internet de elevado tránsito. Se ven como una superficie que destaca por el color, la forma o la localización, cuyo objetivo es atraer la atención del visitante o del tráfico de visitantes hacia la página web del anunciante que paga por la inclusión. Los *banners* están diseñados para que no pasen inadvertidos, y aunque no se les atiende específicamente, son capaces de predisponer a favor de los productos que anuncian.
- 2) La creación de tiendas efímeras que se anuncian en internet mediante *pop-up* permite eludir la normativa reguladora de la venta de medicamentos y logra redes de difusión muy amplias, dado que son accesibles desde sitios muy alejados entre sí. De este tipo de publicidad también se benefician las «oficinas de farmacia» de la red situadas en lugares con una legislación poco restrictiva y que utilizan los medios postales para hacer llegar el producto a los compradores o a los puntos de distribución. Estas son estrategias dirigidas al paciente, al que equiparan con un consumidor cualquiera, lo alejan del sistema sanitario y lo exponen a riesgos desconocidos, a veces mortales.¹⁶⁹
- 3) Los vídeos incrustados en páginas de elevado tránsito que se comportan como los *banners*.
- 4) Los cupones de promoción que ofrecen descuentos sobre el precio del medicamento.

¹⁶⁹ VO, K. T.; VAN WIJK, X. M.; LYNCH, K. L.; WU, A. H. y SMOLLIN, C. G. «Counterfeit Norco Poisoning Outbreak – San Francisco Bay Area, California, March 25–April 5, 2016», *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2016; 65(16): págs. 420–423. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27123589>.

Los *banners* se parecen a la publicidad conocida, como las vallas publicitarias en las autopistas o en las zonas de afluencia urbana, o como los anuncios en la prensa escrita, que, como reclamo, cambian la tipografía, o donde aparecen imágenes en color para llamar la atención del lector, o en la televisión, donde cuentan una pequeña historia o presentan imágenes impactantes que captan al espectador. Sobre esta publicidad existe regulación, alguna de la cual se ha hecho extensiva a los *banners*. Ningún país, aunque haya legislado contra la publicidad de medicamentos, se puede blindar para evitarla, ya que a través de la televisión por cable o por satélite, o por internet se recibe o accede a los *banners*, *pop-up*, tiendas en línea, farmacias virtuales, mensajes, etc. El impacto transfronterizo de la publicidad multiplica la presión sobre los médicos y sobre los sistemas sanitarios, ya que los obliga a atender a presiones comerciales de otros lugares, lo que recuerda la necesidad de una regulación global. Esta publicidad debería ser muy exigente e incluir la información sobre la seguridad, el número de tratamientos, las alternativas o la comparación del coste. Esta información sobre la seguridad y el uso del medicamento está incluida en algunas publicaciones dirigidas a los profesionales, como, por ejemplo, *Medimecum*,¹⁷⁰ que en la edición de 2013 utiliza expresiones como «Poca experiencia de uso», «No hay experiencia» o «Precio elevado» al describir las especialidades farmacéuticas.

Estas exigencias deberían extenderse al resto de la publicidad de medicamentos, dispositivos e implantes, no solo a los *banners*, evidentemente adaptándola al medio (televisión, radio, prensa escrita o internet) y al público al que va dirigida. Y debería incluir:

- 1) Una información equilibrada y justa acerca de las ventajas y riesgos del producto farmacéutico anunciado.
- 2) La información puede ser ampliada mediante un mensaje de voz, es decir, que quien quiera una mayor información pueda llamar a un teléfono gratuito. Esta posibilidad permite ampliar la información, pero, al mismo tiempo, obliga o disuade al paciente a continuar la pesquisa, lo cual, a su vez, puede ser disuasorio. En otras ocasiones, una parte de la información, que suele ser la que se refiere a los riesgos o a los efectos indeseables, está incrustada en una pantalla desplegable a petición del visitante. En ambos casos el paciente debe buscar activamente la parte oculta de la información. Esta publicidad es interesante y fomenta la búsqueda activa de infor-

¹⁷⁰ VV. AA. «Guía de terapia farmacológica», *Medimecum* 2017. Eviscience Publications.

mación, pero también juega con los conocimientos del uso de la red y la dificultad para encontrar lo relevante, es decir, con la fatiga o la tenacidad del individuo.

- 3) Ofrecer la posibilidad de imprimir la información.
- 4) Otras veces, a partir del anuncio y con un simple clic, se accede a otra página de internet más rica en información y que suele ser propiedad de la marca anunciante. Como en el caso anterior, se promueve el paciente proactivo que busca conocer mejor el producto, dispuesto a llegar unos clics más lejos hasta conseguir la información que desea. Muchas veces los aspectos negativos se hallan a varios clics del principio del anuncio, o lo que es lo mismo, varias pantallas más lejos. Para conseguir esta información hay que conocer el medio en el que se está. El obstáculo que representa que la información esté a uno, dos o más clics solo es pequeño aparentemente, pero implica atención y concentración. En Estados Unidos, la FDA, responsable de esta regulación, en 2014 todavía no lo había hecho. Tampoco está estipulado si la información se debe dar de manera cualitativa o cuantitativa, lo cual resulta engañoso, ya que la primera suele dulcificar la información porque habla de la «bondad del producto» y es menos objetiva. En resumen, son anuncios diseñados para captar la atención del paciente y promocionar el producto, de ahí que destaquen en particular los efectos beneficiosos y las indicaciones aceptadas en la ficha técnica.
- 5) La publicidad de medicamentos origina, además, una serie de problemas específicos: cómo evitar la promoción de indicaciones que no están en la ficha técnica; cómo atender las preguntas sobre esas indicaciones fuera de ficha técnica; cómo y quién debe corregir la información sobre el medicamento generada por terceros; cómo evitar que la publicidad llegue a países en los que está prohibida; cómo conseguir que la financiación sea transparente, y si los regalos a los médicos están regulados porque condicionan la toma de decisiones, por qué no lo están estas otras maneras de presionar a los médicos.
- 6) La publicidad ha de indicar que se debe consultar con un médico cuando se trata de medicamentos que necesitan prescripción facultativa. En España, la publicidad en la televisión de los medicamentos que se venden sin receta recomienda consultar con un profesional sanitario, no necesariamente un médico, con lo cual se refuerza el papel del paciente como consumidor que sabe qué quiere, qué necesita y que conoce su diagnóstico, y, por lo tanto, no es necesario consultar con un médico, sino con alguien que conozca el producto anunciado. Es decir, halaga al consumidor, desvía la atención desde el diagnóstico al tratamiento, a la «pastilla».

- 7) Y, por último han de ofrecer la posibilidad de obtener información por otra vía, que puede ser la impresión de un documento o del prospecto, que explique con más detalle el medicamento y sus efectos.

Ahora bien, estos requisitos no resuelven los problemas que generan los nuevos fármacos o los nuevos dispositivos e implantes:

- 1) El perfil de seguridad no es bien conocido y el de eficacia a largo plazo tampoco.
- 2) Suelen aumentar el gasto sanitario, ya que son más caros que los ya presentes en el mercado, lo que repercute en la economía global de un país, en particular en aquellos con servicios nacionales de salud, y, también, cuando los medicamentos son financiados por terceros.
- 3) Promocionan el uso de los medicamentos sobre otras formas de tratamiento y publicitan las marcas registradas en detrimento de los genéricos.
- 4) Un problema no menos importante es que sean auténtica innovación o simplemente pequeñas variaciones de la misma molécula para tratar las mismas enfermedades y dirigidas a la misma población que es la que los puede pagar (medicamentos *me-too*).
- 5) Representan una presión externa sobre los médicos, sobre su libertad de prescripción y sobre su libertad de razonamiento.

2.3.8. Las asociaciones de pacientes

Las asociaciones de pacientes agrupan a pacientes o allegados muy activos que colaboran entre sí para ofrecer soluciones a los problemas generados por la enfermedad y ayudar a los afectados y a sus familiares y cuidadores. Se constituyen alrededor de una enfermedad, por ejemplo, la diabetes o la enfermedad de Parkinson, o de un grupo de enfermedades, el cáncer o las cardiopatías, o incluso de un síntoma, como los grupos de ayuda a la incontinencia urinaria. Suelen ser organizaciones sin ánimo de lucro, pero su misión va más allá:

- 1) Dar visibilidad social a la enfermedad y a los enfermos: esta difunde el conocimiento sobre la enfermedad, ayuda a luchar contra sus consecuencias sociales y a erradicar el estigma asociado; asimismo, da a conocer los factores de riesgo relacionados con la patología y las opciones de tratamiento.
- 2) Ofrecer modelos sobre cómo afrontar la enfermedad.
- 3) Promocionar la investigación para curar o prevenir.

- 4) Proporcionar educación sobre la enfermedad o sobre los autocuidados, y algunas también ofrecen ayuda legal para solicitar servicios sociales o prestaciones sanitarias.

Estas organizaciones agrupan a personas que padecen o han padecido la enfermedad, por lo que gozan de credibilidad y prestigio, y se las considera independientes, y, a menudo, son consultadas por la autoridad sanitaria o incluso participan en labores de organización de la atención a la enfermedad o de investigación y recaudación de fondos.¹⁷¹ En las páginas web de estas organizaciones está muy claro quiénes son, a quién van dirigidas y cuáles son sus intenciones. En cambio, pocas páginas web de asociaciones de pacientes, aproximadamente un tercio (según D. E. Ball *et al.* en 2006), revelan las fuentes de financiación.¹⁷²⁻¹⁷³ La falta de información sobre cómo y quién financia las organizaciones de pacientes es mundial, aunque en algunos lugares se hayan tomado más medidas que en otros. En muchas de las páginas web de pacientes con una enfermedad¹⁷⁴ se muestran los patrocinadores o las actividades patrocinadas, pero no cuál es el patrocinio ni si este condiciona el comportamiento de la asociación ni si existe conflicto de interés. Como dato ilustrativo, en la página web de GEPAC no hay referencia alguna con respecto al precio de los medicamentos ni a cómo el coste de los tratamientos puede condicionar el acceso a las terapias (consultado el 9-2-2018). En el manifiesto de los pacientes tampoco se menciona el coste de los tratamientos, ni en la documentación sobre los fármacos se comenta quién la financia ni cómo se retribuye a los autores.

De ahí que quepa cuestionar si la financiación de estos grupos de pacientes origina conflicto de interés, no porque las asociaciones no representen los intereses de los pacientes, sino porque la financiación introduce el sesgo que representan los intereses del financiador. Estos conflictos se traducen o bien en una defensa de los intereses de la industria, defensa consciente o no, o bien en la

¹⁷¹ RIDD, M. J.; FERREIRA, D. L.; MONTGOMERY, A. A.; SALISBURY, C. y HAMILTON, W. «Patient Doctor Continuity and Diagnosis of Cancer: Electronic Medical Records Study in General Practice», *British Journal of General Practice*. Mayo de 2015; 65 (634): págs. 305-311. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25918335>.

¹⁷² BALL, D. E.; TISOCKI, K. y HERXHEIMER, A. «Advertising and Disclosure of Funding on Patient Organisation Websites: a Cross-Sectional Survey», *BMC Public Health*. 3 de agosto de 2006; 6(1): pág. 201. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16887025>.

¹⁷³ ROSE, S. L. «Patient Advocacy Organizations: Institutional Conflicts of Interest, Trust, and Trustworthiness», *The Journal of Law, Medicine & Ethics: a journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics*. 2013; 41(3): págs. 680-687. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24088159>.

¹⁷⁴ Diabetes: www.fedesp.es; Cáncer: www.gepac.es.

omisión de datos o de críticas.¹⁷⁵ Bajo la apariencia de defender los intereses de los asociados se promociona a la industria, de cuya promoción propongo tres ejemplos:

- 1) Presionar a la autoridad sanitaria para que incorpore medicamentos que todavía no han superado las barreras de la regulación porque no se dispone de los conocimientos suficientes sobre la seguridad, eficacia, eficiencia y sostenibilidad a corto y largo plazo.
- 2) No exigir que se publiquen los resultados negativos de los estudios.
- 3) Que los resultados se expresen en porcentajes y no en valores absolutos: como el tiempo libre de enfermedad que proporcionan los tratamientos de rescate comparando tratamientos o cuántos enfermos mueren en el domicilio.

La realidad ofrece ejemplos de subvenciones a grupos de pacientes para promocionar los fármacos de un laboratorio:

- 1) En Dinamarca existía una asociación de personas con migraña que se negó a ser subvencionada por un fabricante de medicamentos antimigrañosos, y este trató de crear otro grupo rival de personas con migraña.
- 2) La duplicación del monto de la subvención a la Arthritis Foundation (Estados Unidos) por parte de los fabricantes de los antiinflamatorios COX-2 cuando aparecieron esos fármacos en el mercado, y la vuelta atrás en la financiación cuando se publicaron los efectos adversos.
- 3) Expresado en cifras, la compañía Eli Lilly subvencionó a las asociaciones de pacientes con enfermedades de las áreas terapéuticas de sus productos (neurociencias, endocrinología y oncología) con 3.211.144 \$.

Las declaraciones de transparencia de las asociaciones no son una garantía suficiente, ya que no evita el conflicto de interés aunque lo explicita. Otras medidas que se han propuesto para evitar la pérdida de confianza en estas organizaciones son las siguientes:

- 1) Si la asociación decide aceptar fondos de la industria, hay que procurar que solo cubran una parte reducida del presupuesto para evitar una dependencia excesiva.

¹⁷⁵ ROSE, S. L.; HIGHLAND, J.; KARAFI, M. T. y JOFFE, S. «Patient Advocacy Organizations, Industry Funding, and Conflicts of Interest», *JAMA Internal Medicine*. 1 de marzo de 2017; 177(3): págs. 344-350. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28114624>.

- 2) Mantener una separación clara entre los financiadores y los que dictan la política de la asociación, y que esta separación sea transparente.
- 3) Crear comités independientes que velen y supervisen la imparcialidad de la organización.
- 4) La transparencia sobre los donantes, cuánto han donado y en qué se ha usado la donación.¹⁷⁶⁻¹⁷⁸

En las páginas web de las asociaciones de pacientes debería existir una entrada para acceder al código ético de la asociación y a cómo se dirimen los conflictos de intereses que aparecen en las relaciones entre sus miembros o con los asesores, la industria o la autoridad sanitaria. Algunas asociaciones como European Parkinson's Disease Association ya incluyen un código de conducta en su página web.¹⁷⁹

3. LOS CONFLICTOS DE INTERÉS

En 2009, el Institute of Medicine definió el concepto de conflicto de interés (en adelante, CdI) como:

Un conjunto de circunstancias que crean el riesgo de que el juicio o la actuación profesional relacionados con un interés primario sean excesivamente influenciados por un interés secundario.¹⁸⁰

La cuestión fundamental es que el CdI existe tanto si un individuo o una institución concreta se ven influenciados por el interés secundario como si no.

¹⁷⁶ ROSE, S. L. «Patient Advocacy Organizations: Institutional Conflicts of Interest, Trust, and Trustworthiness», *The Journal of Law, Medicine & Ethics: a journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics*. 2013; 41(3): págs. 680-687. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24088159>.

¹⁷⁷ COLOMBO, C.; MOSCONI, P.; VILLANI, W. y GARATTINI, S. «Patient Organizations' Funding from Pharmaceutical Companies: Is Disclosure Clear, Complete and Accessible to the Public? an Italian Survey», *PLoS One*. 2012; 7(5): e34974. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22590498>.

¹⁷⁸ ARIE, S. y MAHONY, C. «Should Patient Groups Be More Transparent about their Funding?», *BMJ* (Clinical research ed.). 29 de septiembre de 2014; 349: g5892. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25266116>.

¹⁷⁹ Véase <http://www.epda.eu.com/en/about-the-epda/partners/?Opentab=c2,2#c2> (consultado el 2-7-2017).

¹⁸⁰ STEINBROOK, R.; KASSIRER, J. P. y ANGELL, M. «Justifying Conflicts of Interest in Medical Journals: a very Bad Idea», *The British Medicine Journal* (Clinical research ed.). 2 de junio de 2015; 350: h2942. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26036926>.

Esta definición reconoce y subraya la dificultad de separar el pensamiento cien por cien objetivo, y no sometido a más presión que la propia, del pensamiento comprometido con un proyecto empresarial, y opta no por separar los pensamientos del experto porque es imposible, sino por separar a los expertos. El concepto CdI va más allá de ser simplemente un conflicto de lealtades.

El problema aparece cuando, ya sea de manera real o aparente, la lealtad del médico está o parece estar subordinada a más de un interés: los del paciente, los que se desprenden de los contratos laborales o mercantiles, los suyos propios, los de la sociedad, los de la institución o los de la familia. Y, en consecuencia, la simple sospecha de que no primen los del paciente es suficiente para menoscabar la confianza en la toma de decisiones dentro de la RMP. La panoplia de intereses capaces de interferir en la RMP es amplia: los financieros son los que primero vienen a la mente, pero no son los únicos, ya que la promoción dentro de la organización y el prestigio profesional, institucional o académico constituyen otros tantos ejemplos.¹⁸¹⁻¹⁸² Los CdI existen, son inevitables, deben tenerse en cuenta y se deben arbitrar las soluciones para evitar que interfieran en la toma de decisiones.

La solución a los CdI ha de contemplar una mezcla de requisitos:

- 1) La transparencia: divulgación pública de las fuentes de financiación del grupo de expertos y de cada uno de ellos.
- 2) La autocrítica y la crítica grupal, desvelando las fuentes de financiación y los sesgos que generan.
- 3) La renuncia a dichas fuentes de financiación o a los cargos que provocan el conflicto, o la exclusión total o parcial de la toma de decisiones que son motivo de conflicto, e, incluso, recurrir a auditores externos (como hace The Cochrane Collaboration) entre otras opciones.¹⁸³⁻¹⁸⁴

¹⁸¹ WILLIAMS-JONES, B. «Beyond a Pejorative Understanding of Conflict of Interest», *The American Journal of Bioethics*. Enero de 2011; 11(1): págs. 1-2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21240793>.

¹⁸² CHEW, M.; BRIZZELL, C.; ABBASI, K. y GODLEE, F. «Medical journals and industry ties», *BMJ* (Clinical research ed.). 28 de noviembre de 2014; 349: g7197. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25432164>.

¹⁸³ BOYD, E. A.; AKL, E. A.; BAUMANN, M.; CURTIS, J. R. y FIELD, M. J. «Guideline Funding and Conflicts of Interest Guideline Development. An Official ATS / ERS Workshop Report», *Proceedings of the American Thoracic Society*. Diciembre de 2012; 9(5): págs. 234-242. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23256165>.

¹⁸⁴ CAIN, D. M. y DETSKY, A. S. «Everyone's a Little Bit Biased (Even Physicians)», *JAMA*. 25 de junio de 2008; 299(24): págs. 2893-2895. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18577735>.

Los CdI no presuponen malicia por parte de los autores, sino que tan solo ponen en entredicho la imparcialidad y, en consecuencia, la confianza hacia el autor. Como publicó *The New Yorker* en 2002 en un artículo de J. Surwlecki titulado «The talking cure», «la profesión no debe confesar sus pecados, [sencillamente] no debe cometerlos».

Necesariamente se debe establecer una política sobre cómo hacerles frente¹⁸⁵⁻¹⁸⁷ para que no mengüe la confianza entre todos los actores: el profesional, las organizaciones, los proyectos de atención al paciente o la investigación. Y esta política debe ser pública.

En las publicaciones científicas se encuentran ejemplos y recomendaciones sobre cómo manejar los conflictos:

Cuadro 7. Una matriz posible para considerar la percepción del riesgo tanto para el patrocinio comercial como para el conflicto de interés de los miembros

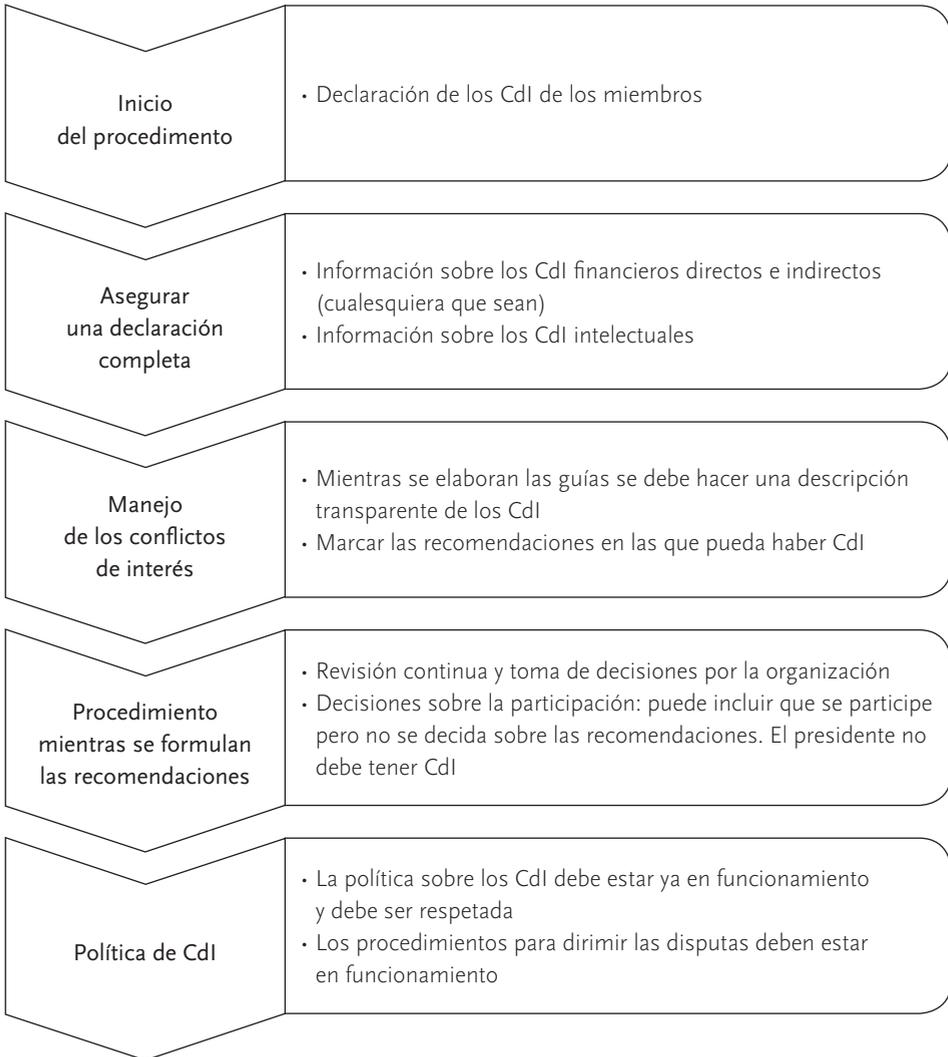
¿Patrocinio comercial?	Sí	No
Conflicto de interés de los miembros		
	Riesgo percibido alto	Riesgo percibido moderado
Sí	Manejo: prohibirlo	Ponderar los puntos de vista Documentar el procedimiento
No	Riesgo percibido moderado	Riesgo percibido bajo
	Manejo: buscar una financiación alternativa	Manejo: no necesita

Los intereses financieros ya se han comentado en profundidad en las páginas anteriores al tratar los temas de los honorarios, los salarios y los incentivos. Indudablemente constituyen una presión importante sobre los profesionales sanitarios y tienen lugar en cualquier marco relacionado con la salud, tanto sobre un médico individual como sobre un colectivo o una organización. La legislación que regula las subvenciones o las donaciones de la industria, las intervenciones de las organizaciones profesionales o los códigos

¹⁸⁵ BOLETTE, J.; BINDSLEV, B.; SCHROLL, J.; GÖTZSCHE, P. C. y LUNDH, A. «Underreporting of Conflicts of interest in Clinical Practice Guidelines: Cross Sectional Study», *BMC Med Ethics*. 3 de mayo de 2013; 14(19). Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23642105>.

¹⁸⁶ BRODY, H. «Clarifying Conflict of Interest», *The American Journal of Bioethics*. 2011; 11(1): págs. 23-28. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21240802>.

¹⁸⁷ CHEW, M.; BRIZZELL, C.; ABBASI, K. y GODLEE, F. «Medical Journals and Industry Ties», *BMJ* (Clinical research ed.). 28 de noviembre de 2014; 349: g7197. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25432164>.

Gráfico 2. Pasos para la gestión de los conflictos de interés

de buenas prácticas de la industria son ejemplos sobre cómo se intentan prevenir los Cdl.

Asimismo, en las publicaciones científicas se hallan abundantes ejemplos de Cdl. Algunas de ellas aplican su propia definición de Cdl. La que utiliza el *British Medical Journal (BMJ)* es similar a la del Institute of Medicine:

Un conflicto de interés nace cuando una persona tiene un interés personal o institucional que pueda influir o parecer que influya en el trabajo que está reali-

zando. Habitualmente es un interés financiero, pero puede ser también no financiero.

Esta publicación médica empezó exigiendo a los autores, antes de la publicación de cualquier artículo, que desvelaran los posibles CdI financieros o de otro tipo, relacionados con la industria o con otras compañías interesadas en ese tema; más tarde añadió un cuestionario más detallado que el autor debía rellenar, y a partir de 2015, y de manera progresiva, los autores de artículos de educación clínica (editoriales, revisiones clínicas, casos prácticos, estado del arte, y las series sobre tratamientos) no deben tener vínculos de carácter económico con la industria. Aun aceptando que será más difícil encontrar expertos en algunos temas (como la obesidad o la reumatología, según los ejemplos citados en la publicación), la revista se propone conseguir estar libre de ataduras vinculadas a intereses y así conseguir los tres objetivos siguientes:

- 1) Evitar que se tomen decisiones sesgadas por una información basada en intereses comerciales y, de este modo, no causar daño a los pacientes. En el artículo se cita el caso de tres medicamentos: rosiglitazona, rofecoxib y hidroxietil almidón. En los tres, la toxicidad se detectó después de un tiempo prolongado tras su comercialización, lo que significa que la exposición de los pacientes a dichos medicamentos, previa a esa detección, había sido prolongada, pero, además, también se demoró la retirada posterior del mercado.

El artículo de Ray Moynihan en el *BMJ*,¹⁸⁸ «Rosiglitazone, marketing, and medical Science», constituye un buen ejemplo. GSK,¹⁸⁹ fabricante del medicamento rosiglitazona, un hipoglucemiante oral, en plena batalla de metaanálisis que demuestran que el fármaco aumenta hasta un 43 % el riesgo de infarto de miocardio, aportó, como apoyo, una declaración de consenso emitida por un grupo de profesionales médicos, que decía que la «evidencia más reciente» no hallaba efectos cardiovasculares producidos por el fármaco. Este grupo de profesionales pertenecía a la American Association of Clinical Endocrinologists, que había recibido donaciones de la compañía por valor de 3.300.00 \$ en los doce meses previos a la emisión del consenso. Entre los autores de la declaración, once de doce tenían im-

¹⁸⁸ MOYNIHAN, R. «Rosiglitazone, Marketing, and Medical Science», *BMJ* (Clinical research ed.). 2010; 340: c1848. Se puede consultar en: <http://www.bmj.com/content/340/bmj.c1848>.

¹⁸⁹ GSK: GlaxoSmithKline es una empresa farmacéutica británica.

portantes vínculos con la compañía. Cabe preguntarse si el juicio de dicho grupo de profesionales es realmente imparcial.

- 2) Ganarse la confianza de los lectores y, de esta manera, conseguir un mayor impacto, ya que los artículos escritos por autores vinculados financieramente con la industria son considerados de menor importancia, relevancia, rigor y credibilidad. Además, estos lectores son menos proclives a recetar medicamentos evaluados en esos tipos de artículos.
- 3) Conseguir un cambio de cultura y promocionar y ofrecer visibilidad a los profesionales sin vínculos económicos con la industria.

Las normas para evitar los CdI en algunas revistas incluyen no solo al autor, sino también a sus familiares directos: los autores que remiten manuscritos a la American Academy of Family Physicians deben rellenar un cuestionario en el que se manifiesten sus relaciones o las de sus familiares próximos (padres, hermanos, cónyuge o hijos) con la industria, tanto financieras como intelectuales (documento escrito a propuesta de la industria o de un grupo patrocinado por ella, o que incorpore material procedente de la industria o de cursos de formación para vendedores).¹⁹⁰

Las razones para ser tan estrictos ya se han comentado antes: como no es posible separar la mente del experto de manera que unos intereses se desvinculen completamente de otros, lo más sabio es separar a los expertos. Es cierto, como ya se ha apuntado, que esta medida puede hacer que resulte difícil conseguir expertos para escribir esos artículos; sin embargo, los editores del *BMJ* opinan que, a la larga, la dificultad se corregirá si se alcanza ese cambio de cultura, y que, a la postre, se ganará en credibilidad.

La publicación de artículos científicos para enriquecer la bibliografía médica forma parte de la actividad de los médicos, puesto que constituye una fuente de conocimiento e innovación, plasma el intercambio de conocimientos entre profesionales, es fruto de su trabajo y, al mismo tiempo, es una fuente de prestigio y promoción profesional, además de proporcionarles ingresos económicos, lo que, como se ha expuesto antes, origina CdI. Los ingresos económicos para el profesional que se derivan de esta actividad justifican que se incluyan en este apartado de la retribución del profesional.

Como demuestran los ejemplos citados del *BMJ* y de American Academy of Family Physicians, los editores de las publicaciones adoptan normas para

¹⁹⁰ AMERICAN FAMILY PHYSICIAN AUTHORS. « Full Disclosure for CME Activities». Se puede consultar en: <http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/journals/afp/COIform-2012.pdf>.

evitar que los CdI de los autores resten credibilidad y desvirtúen la autoridad de la publicación.¹⁹¹⁻¹⁹² La pertinencia y obligatoriedad de esas normas ha sido puesta en duda recientemente desde una publicación de enorme prestigio, *The New England Journal of Medicine*.¹⁹³ Esta puesta en duda, a su vez, ha sido refutada por tres antiguos editores jefes del *The New England Journal of Medicine*¹⁹⁴ desde otra publicación no menos prestigiada, el *BMJ*. El problema que se discute en todos los casos es el mismo: la presunta parcialidad del autor y, por tanto, de la tesis defendida por él.

Los autores en el *BMJ* aceptan la posibilidad de que los artículos con financiación parcial o total por parte de la industria puedan ser imparciales en sus tesis, pero atinan al preguntarse cómo puede saberlo el lector de la publicación o, como afirman los que van más lejos, cómo puede saberlo el propio autor. La simple duda sobre la imparcialidad de la opinión o el sesgo interesado de un estudio, de su planteamiento, desarrollo, conclusiones o exposición, pone en entredicho la confianza y, en consecuencia, proyecta dudas sobre los propios resultados y los ensombrece.

Otro aspecto que destacan de manera perspicaz los autores del *BMJ* se refiere a la acumulación de cargos que conlleva ser investigador académico: trabajar para la industria, ser líder de opinión, editorialista o consultor referente de una publicación científica; de todo ello se deduce la consecuente acumulación de intereses. El conflicto creado comienza en lo financiero y se extiende al prestigio y la promoción profesional, recorriendo todo el abanico de intereses. La cautela se justifica porque la opinión de los expertos trasciende ampliamente el marco donde se produce, ya que estos determinan el trabajo de sus colegas y crean directrices y guías clínicas de atención sanitaria; ejercen, en suma, de legitimadores del conocimiento médico y de la actuación del médico, y gene-

¹⁹¹ KIEFER, B. «Conflicts dans les conflits d'intérêts», *Revue Médicale Suisse*. 2015; vol. II. pág. 1368. Se puede consultar en: <https://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-479/Conflictsdans-les-conflits-d-interets>.

¹⁹² CLASSEN, D. y MERMEL, L. «Specialty Society Clinical Practice Guidelines. Time for Evolution or Revolution?», *Journal of the American Medical Association*. 2015; 314(9): págs. 871-872. Se puede consultar en: <http://jamanetwork.com/journals/jama/articleabstract/2423641>.

¹⁹³ LODER, E.; BRIZZELL, C. y GODLEE, F. «Revisiting the Commercial-Academic Interface in», *The British Medical Journal*. 2015; 350: h2957. Se puede consultar en: <http://www.bmj.com/content/350/bmj.h2957.full.print?>.

¹⁹⁴ STEINBROOK, R.; KASSIRER, J. P. y ANGELL, M. «Justifying Conflicts of Interest in Medical Journals: a very Bad Idea», *The British Medicine Journal* (Clinical research ed.). 2 de junio de 2015; 350; h2942. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26036926>.

ran una determinada aproximación al cuidado sanitario.¹⁹⁵⁻¹⁹⁶ Por lo tanto, la validación del conocimiento que realizan los expertos afecta a la práctica profesional de sus colegas actuales y también a los que están en formación, o lo que es lo mismo, a las generaciones futuras.

El objetivo de las directrices destinadas a los pacientes y cuidadores es brindar información en principio refrendada por la evidencia científica disponible en el momento de ser escritas.

Aunque las directrices y las publicaciones de los expertos no sean la única fuente de información de los pacientes y cuidadores, no por ello debería dejar de ser fidedigna. La confianza en estos profesionales no puede estar sesgada por la parcialidad derivada de intereses financieros, porque en los líderes profesionales se busca la defensa de los mejores intereses de los pacientes y de la evidencia científica y, en última instancia, de la sociedad.¹⁹⁷ La revelación de los intereses económicos del autor de un artículo no resuelve el problema de la parcialidad, aunque al autor le cree una falsa sensación de seguridad por haber confesado al lector sus compromisos; le descarga la conciencia porque constituye una prueba de transparencia y de honestidad, pero no cambia el sesgo de la información, que sigue estando mediatizada por las diferentes lealtades del profesional. Por consiguiente, a pesar de la transparencia, el problema del sesgo persiste; la influencia sobre el profesional no se disuelve con la transparencia, esta solo la hace aflorar, por lo que sigue siendo necesario separar las dos funciones: por un lado, la evaluación de la evidencia científica y, por otro, la generación de conocimiento.¹⁹⁸

A partir de dos ejemplos anteriores, la venta de perfiles de prescripción y la polémica sobre los conflictos de interés, se plantea una serie de problemas interesantes:

¹⁹⁵ LOUDON, K.; SANTESSO, N.; CALLAGHAN, M.; THORNTON, J.; HARBOUR, J.; GRAHAM, K. *et al.* «Patient and Public Attitudes to and Awareness of Clinical Practice Guidelines: a Systematic Review with Thematic and Narrative Syntheses», *BMC Health Services Research*; 27 de Julio de 2014; 14(321). Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25064372>.

¹⁹⁶ CAIN, D. M. y DETSKY, A. S. «Everyone's a Little Bit Biased (Even Physicians)», *JAMA*. 25 de junio de 2008; 299(24): págs. 2893-2895. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18577735>.

¹⁹⁷ LEE, J. «Already Feeling the Heat: Docs Rethinking Payments as Sunshine Act Looms», *Modern Healthcare*. 1 de julio de 2013; 43(26): págs. 12-13. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23878901>.

¹⁹⁸ ELWYN, G.; QUINLAN, C.; MULLEY, A.; AGORITSAS, T.; VANDVIK, P. O. y GUYATT, G. «Trustworthy guidelines – excellent ; customized care tools – even better», *BMC Medicine*; 2015; 1(5). Se puede consultar en: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-015-0436-y>.

- 1) La aceptación social de diseñar el perfil de prescripción de un médico y así adaptar la política de ventas de una compañía de productos farmacéuticos a ese perfil.
- 2) La aceptación social de que los mismos que generan conocimiento lo evalúen, y que esta evaluación tenga implicaciones financieras y profesionales.

Los problemas que surgen son los siguientes:¹⁹⁹⁻²⁰⁰

- 1) La imparcialidad como un problema de conciencia individual.
- 2) La salud y la RMP como una mercancía sujeta a las leyes del mercado, y abierta, pues, a la publicidad tanto de los productos farmacéuticos como de los profesionales.
- 3) El paciente como un consumidor de mercancías sanitarias, que, como tal, escoge y exige según sus preferencias, que han cristalizado a partir de fuentes diversas, entre las cuales se encuentran los mensajes de los profesionales sanitarios y la publicidad.
- 4) Preguntarse con qué debe estar relacionado el liderazgo, si con la calidad de experto, el mérito propio, la persona intachable, la más rica, etc.

Estos problemas muestran una dimensión ideológica de la RMP y las implicaciones que tiene sobre la salud. Como apuntan Elisabeth Loder, Catherine Brizell y Fiona Godlee en el editorial del *British Medical Journal*, es muy difícil saber cuándo un autor es imparcial y, en consecuencia, fiel a los resultados de la evidencia científica. O incluso plantean si cabe preguntarse, a partir de la definición de conflicto de interés del Institute of Medicine citada por los exeditores de *The New England Journal of Medicine* R. Steinbrook, J. P. Kassirer y M. Angell, en su artículo del *British Medical Journal*, si un autor comprometido con su trabajo puede llegar a ser imparcial.

No se trata de volver a una medicina paternalista en la que los profesionales tomaban las decisiones y luego hacían partícipes a los pacientes, ni de la infantilización del lector adulto a quien se debe tutelar; lo que está en juego es la credibilidad del que genera la información, del informante, que en este

¹⁹⁹ CLASSEN, D. y MERMEL, L. «Specialty Society Clinical Practice Guidelines. Time for Evolution or Revolution?», *Journal of the American Medical Association*. 2015; 314(9): págs. 871-872. Se puede consultar en: <http://jamanetwork.com/journals/jama/articleabstract/2423641>.

²⁰⁰ KATZ, W.; GIFTS, A.; TOWARD, S. y KATZ, D. «All Gifts Large and Small: Toward an Understanding of the Ethics of Pharmaceutical Industry Gift-Giving», *The American journal of bioethics: AJOB*. Verano de 2003; 3(3): págs. 39-46. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14594489>.

caso, justamente porque se le considera un profesional sanitario experto, líder de opinión, se acepta como referencia para trazar la conducta adecuada ante una cuestión de salud. El problema aboca en la credibilidad global de las recomendaciones de los profesionales sanitarios, es decir, de confianza en la profesión.

No hay que negar el potencial de la colaboración entre organismos con ánimo de lucro (como la industria) y la academia, o la importancia y la capacidad de las revistas científicas para difundir el conocimiento, ni tampoco negar los logros que ha aportado esa colaboración; simplemente hay que separar los dos aspectos: 1) la generación de conocimiento, y 2) la evaluación de esa aportación concreta al conocimiento global para su aplicación en la práctica clínica. Porque el conflicto radica en la no separación, que es donde se origina la pérdida de credibilidad y de confianza.

Los conflictos de intereses también afectan a las agencias reguladoras (Agencia Europea del Medicamento, Food and Drug Administration), y muchos se preguntan si los mismos expertos que aceptan que se comercialice un medicamento deben ser los que aprueban la retirada de este, lo cual pone sobre la mesa la organización de estas agencias, es decir, que, como no podía ser de otra manera, los conflictos de interés también cuestionan la organización de las agencias mismas. Como en el caso de los CdI de los profesionales en los que la retribución es uno de los generadores de los conflictos, las fuentes de financiación de las agencias reguladoras también se encuentran en el origen de los conflictos. La financiación de estas agencias depende en cierto sentido del Estado, pero obtienen gran parte de sus ingresos de las tasas que cobran a la industria, y, evidentemente, un mayor número de proyectos significa mayores ingresos.

Las organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, tampoco están libres de los conflictos de interés. El comportamiento de la OMS en la declaración de la última pandemia de gripe, en 2009, ha sido muy criticado por la opacidad con que se hizo: los asesores que participaron en la decisión solo eran conocidos por la OMS, y muchos de ellos tenían vínculos con los fabricantes de los fármacos antivirales y la vacunas;²⁰¹ tanto es así que el *BMJ* tituló un editorial de 2010 «Conflicts of Interest and Pandemic Flu. WHO must Act Now to Restore its Credibility, and Europe Should Legislate».

Recientemente se han publicado dos números monográficos dedicados a los conflictos de interés desde dos puntos de vista diferentes. El primero

²⁰¹ GODLEE, F. «Conflicts of Interest and Pandemic Flu», *BMJ* (Clinical research ed.). 3 de junio de 2010; 340: c2947. Se puede consultar en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20525680>.

apareció en la revista estadounidense *JAMA*,²⁰² y el segundo, en *Bioètica & Debat*.²⁰³ Ambos abordan los CdI describiendo las situaciones en que se producen y ofreciendo alternativas. En la segunda aporta, además, una referencia de ámbito local.

4. CONSIDERACIONES FINALES

La retribución se utiliza para pagar el trabajo del médico, y también para influir, modular y dirigir la práctica profesional, y, además, para cambiar el foco de atención de la asistencia, centrándolo no en el paciente, sino en el interés de la institución o en el del sistema sanitario. Si bien el interés del paciente debería ser el objetivo del médico, como afirman los códigos deontológicos, la búsqueda y satisfacción del interés del paciente se ven limitadas por las obligaciones contractuales del profesional, por la propia ideología del médico o de la empresa que lo contrata, por la financiación del acto médico, por el interés de terceros o por la ley.

Ambas presiones, la financiera y la ideológico-religiosa pueden ser parcialmente aliviadas mediante la libre elección del médico y la continuidad de la RMP, que permite que el paciente y el profesional se conozcan.

La condición de necesidad creada por la enfermedad y la falta de otras opciones obligan a los pacientes a aceptar los condicionantes ideológicos o los religiosos en la atención sanitaria, que no solo afectan a la atención de la enfermedad, sino también a la prevención y a la información sanitaria. Estas carencias se exacerban cuando existe escasez o concentración de los servicios sanitarios. Todo ello crea una doble situación de injusticia y vulnerabilidad, ya que los que tienen medios económicos o recursos culturales suficientes pueden buscar la atención en otro lugar y librarse de condicionamientos. La injusticia no nace por el hecho de percibir un salario por el trabajo médico, sino cuando este coarcta la libertad de prescripción en función de los términos suscritos en el contrato, y cambia el foco de atención de la relación médico-paciente, centrándolo no en el paciente, sino en los intereses de la institución. En el caso de las mujeres, la vulnerabilidad se incrementa debido al sesgo ideológico o religioso relacionado con la procreación y la actividad sexual. De ahí que se plantee que los pacientes puedan ser cautivos de cómo y de quién retribuya el trabajo de los médicos.

²⁰² *JAMA* 2017. 2 de mayo, vol. 317 (17) 17, págs. 1707-1812. Se puede consultar en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/issue/317/17>.

²⁰³ *Bioètica & Debat*. Mayo-agosto de 2017; 23(81): 2-25.

Los complementos de retribución variable forman parte de la retribución de los médicos y están ligados a la consecución de unos objetivos. Estos suelen ser incorporar nuevos hábitos de trabajo, como prescribir genéricos; concentrar la prescripción en un grupo de moléculas; seguir los protocolos; aumentar el número de visitas; reducir el número de incapacidades laborales transitorias o acortar su duración; la accesibilidad frente a la continuidad, etc. El médico puede no suscribir esos complementos si está en desacuerdo con ellos, con lo cual la responsabilidad moral de estos se traslada al profesional, mientras exime a quien lo ha propuesto, independientemente del contenido del complemento. Si la adhesión depende de la conciencia del profesional, la responsabilidad ética no reside en qué se plantea como objetivo incentivable, sino en el profesional que acepta ese incentivo.

Los incentivos, ya sean económicos o de otro tipo, se usan para estimular la calidad asistencial, entendida esta desde el punto de vista del pagador, o para modificar la actividad del médico. La participación en un sistema retributivo con incentivos suele ser voluntaria, pero es coercitiva desde varios puntos de vista:

- 1) No participar significa una pérdida económica que, en algunos casos, puede llegar al 20 % del salario.
- 2) Promueve un tipo de práctica profesional dirigida por el financiador de la RMP y no siempre por el interés de este último.
- 3) Es discriminatoria según el tipo de incentivo o de la cartera de pacientes.
- 4) Atenta contra la confianza de la RMP, ya que supone que el profesional no se esforzará lo suficiente sin el incentivo.

Los objetivos de los incentivos incorrectamente definidos desincentivan o producen perversiones en el funcionamiento normal de las empresas y, por lo tanto, tienen un efecto negativo y perverso en la práctica sanitaria.

El objetivo de la financiación del acto médico debe ser promover y conseguir una asistencia de calidad para todos los pacientes, en particular los llamados difíciles por sus características personales (porque padecen enfermedades caras, difíciles de tratar, raras, porque acumulan varias patologías crónicas, sufren condicionantes socioeconómicos o geográficos o por sus características personales o psicológicas). Asimismo, la financiación debe contribuir a que se consiga una atención holística, con continuidad, y a eliminar los determinantes sociales de la salud.

Al mismo tiempo, y siempre que no suponga un deterioro de la calidad asistencial, el médico debe contribuir en la administración de los recursos y en

la equidad, aun a sabiendas de que no esté en su mano administrar el ahorro de recursos que genera ni participe directamente en la gestión o adjudicación de esos recursos ahorrados. A cambio, al profesional se le debería retribuir con un incentivo por su esfuerzo extra y su contribución al ahorro.

La política de incentivos debe establecer rigor en la recopilación de datos, proporcionar información sobre calidad asistencial y contribuir a divulgarla, al mismo tiempo que introduce la idea del pago por resultados y fomenta una cultura del esfuerzo y del trabajo en equipo. Los complementos de retribución variable que resultan de dicha política se deben asignar a través de una comisión evaluadora para conseguir objetividad, pero se han de tener en cuenta dos factores: la neutralidad de los evaluadores y una valoración cualitativa de la política de incentivos. En la comisión evaluadora deben participar representantes de los médicos evaluados y auditores externos.

El paciente proactivo está bien informado sobre su enfermedad y ha recibido la formación necesaria para cuidar de su salud y de su patología. La retribución (en un sentido amplio) de los médicos es uno de los elementos que pueden contribuir a conseguirlo, junto con la publicación de resultados clínicos, así como los factores económicos, los efectos adversos de la práctica profesional y de la experiencia de los pacientes, o la inclusión de estos últimos en el diseño de los incentivos. Estos elementos ayudan al paciente a escoger al médico. Esta elección tiene, por lo menos, dos consecuencias; por un lado, implica al paciente y lo corresponsabiliza de la asistencia y, por otro, recompensa al médico y a su práctica profesional porque le ofrece reconocimiento social y aumenta sus ingresos. Aunque no esté en manos de los médicos realizar cambios socioeconómicos, su práctica asistencial debe contribuir a minimizar los efectos de las desigualdades en la salud.

La relación entre el médico y la industria puede crear conflictos de interés. Las técnicas de marketing se han adaptado a las nuevas tecnologías de la comunicación y se usan como elemento de presión en la prescripción médica, actuando sobre el paciente, el médico y la sociedad. Esta presión, cuando va dirigida al médico, se ejerce de diferentes maneras: publicidad específica en las revistas científicas, por visitantes personales, a través de las asociaciones de pacientes, por medio de otros profesionales sanitarios o a través de leyes o de las asociaciones gubernamentales y no gubernamentales. Cuando la presión se centra específicamente en el paciente o en la sociedad, utiliza los medios de comunicación (prensa, televisión, etc.) y se centra en ciertos productos (por ejemplo, laxantes, antidiarreicos) o en un síntoma (por ejemplo, estreñimiento, diarrea, picor). Cada una de estas formas de presión se ciñe a algún aspecto de la prescripción, o crea necesidades que acaban en prescripción, o bien la regulan.

Los vínculos del médico con la industria son en apariencia beneficiosos para el profesional y el paciente. Al médico pueden reportarle una mejora económica, ayudarle en la actualización de sus conocimientos y ofrecerle oportunidades laborales (como investigador, experto, consultor, colaborador, etc.). Para el paciente también pueden parecer provechosos, ya que se beneficia de los conocimientos de su médico, puede recibir muestras gratuitas de medicamentos o acceder a ensayos clínicos y aprovecharse de los nuevos productos para combatir enfermedades o discapacidades. A cambio, la formación del médico estará dirigida por y desde la perspectiva de la industria. Cuando esto sucede, sin embargo, no está demostrado que mejore ni la calidad ni el coste de la prescripción, y expone a los pacientes a fármacos menos conocidos y, por lo tanto, con más dudas sobre su seguridad clínica, tal vez más caros y cuya eficiencia es desconocida, y, si se demuestra que la prescripción es fruto del marketing, tiene efectos negativos en la confianza de los pacientes y de la sociedad en los médicos.

Los regalos de la industria a los médicos son una forma más de marketing. Su objetivo es condicionar la prescripción de manera favorable para quien ofrece el regalo o simplemente predisponerle de manera favorable. Los regalos afectan a la confianza del paciente hacia el médico, lo cual va en detrimento del paciente, ya que lo suele alejar del sistema sanitario y del seguimiento de las recomendaciones médicas. La pérdida de confianza en el médico significa, a su vez, pérdida de confianza en la profesión, cuya imagen ante la sociedad puede llegar a ser la de una profesión mercantil más, basada en privilegios, que busca su propio beneficio y que considera secundario el interés del paciente, en lugar de ser una profesión que defiende los intereses de este y de la sociedad, y en la que se puede confiar.

La finalidad de la publicidad es dar a conocer un medicamento para aumentar las ventas. Un objetivo secundario, aunque también deseado, es que la información que se proporciona incida de un modo positivo en la adhesión al tratamiento. No obstante, potenciar la continuidad de la RMP tal vez sea más eficaz para conseguir un mejor seguimiento del tratamiento.

Las campañas informativas sobre la salud van dirigidas a toda la población y se diseñan para alertar sobre problemas de salud, prevenibles o tratables, en particular si la detección es precoz. Estas campañas que apuntan a toda la población tienen un triple interés: sensibilizar a los receptores de la campaña, instaurar medidas preventivas e instruir, para, así, detectar el problema con precocidad. Son útiles porque educan en la salud; no obstante, consumen recursos y corren el riesgo de difuminar el límite entre salud y enfermedad. Al hacer que resulte menos claro el límite entre salud y enfermedad, se puede aca-

bar tratando la salud, es decir, a personas sanas con terapias medicamentosas o quirúrgicas que van unidas a intereses comerciales, a efectos adversos y a errores médicos.²⁰⁴ Las campañas empiezan alertando sobre un posible problema de salud para luego ofrecer una solución, que, a menudo, resulta ser un medicamento. De ahí que la frontera entre campaña informativa y publicidad encubierta sea borrosa.

Una de las recomendaciones que suelen acompañar a esas campañas informativas es que la persona consulte a un profesional sanitario para que disponga de más información o tome las medidas oportunas. De esta manera, esas campañas constituyen un ejemplo de presión indirecta no económica sobre la RMP y pueden ser campañas de publicidad encubierta. Con la publicidad se ofrece información útil, tanto para los pacientes como para toda la población, sobre uno o varios medicamentos, así como sobre las entidades nosológicas. Esa información puede despertar la curiosidad y fomentar una búsqueda más amplia.

A través de la publicidad, el paciente puede sentirse un experto que toma decisiones sobre su salud, obviando la dificultad del diagnóstico y el hecho de que la enfermedad existe en una persona concreta y, por lo tanto, con variables específicas, no individualmente previsibles. Esta realidad introduce un grado personal de incertidumbre que la publicidad no puede tener en cuenta, pero que pretende paliar a base de recomendaciones como «consulte con su profesional sanitario».

La publicidad usa las técnicas de marketing, cuyo objetivo radica en aumentar las ventas de medicamentos y persuadir al paciente de sus bondades, presentándolos en su versión más atractiva y seductora. Por ejemplo, en televisión, se ofrecen anuncios con imágenes, música y textos sobrepuestos, además de un mensaje de voz en off, pero, en cambio, hay escasas o ninguna referencia a los efectos adversos, a la indicación individual o al coste.

El análisis de los efectos de la promoción publicitaria es complejo porque intervienen muchos factores, como, por ejemplo, que debe incluir a un gran número de personas enfermas y sanas, y suele estar sesgada ideológicamente, ya que utiliza argumentos basados en valores ideológicos (mercado, empoderamiento del paciente, etc.). Aunque las campañas publicitarias van dirigidas

²⁰⁴ El error ha sido definido como el fracaso de aplicar completamente un plan de acción como fue propuesto o también del uso de un plan equivocado para alcanzar un objetivo. Los errores pueden incluir problemas de la práctica, productos, proceder o procedimiento y sistemas. El error médico es un evento adverso o cerca de ser producido, que en su mayoría puede ser prevenido con los actuales conocimientos de las ciencias médicas. <https://www.nap.edu/download/9728> (consultado el 9-2-2018).

a toda la población, tanto sana como enferma, son más visibles para aquella que padece el «problema» publicitado, que también es la más vulnerable.

A las razones de seguridad y accesibilidad para oponerse a la publicidad se añaden los efectos sobre la RMP: el médico es el único facultado para prescribir algunas recetas de medicamentos, por lo que, cuando el paciente acude a él con preguntas inducidas por la publicidad, el facultativo ha de plegarse a la demanda de este o argumentar en contra, lo cual usa el tiempo de la visita en la dirección que propone el anunciante, no en las necesidades de la consulta.

Las asociaciones de pacientes constituyen grupos de presión sobre la Administración y sobre los médicos para defender sus propios intereses, luchar contra las consecuencias de la enfermedad, promocionar su investigación o difundir su conocimiento. Estas asociaciones, que tienen un interés altruista y filantrópico, ya que trabajan para el bien de la comunidad de pacientes y, por extensión, también de los sanos, deben evitar convertirse en rehenes de sus patrocinadores, que son sus fuentes de financiación. En las páginas web de las asociaciones de pacientes debería existir una entrada para acceder al código ético de la asociación y a cómo se dirimen los conflictos de interés que aparecen en las relaciones entre sus miembros con los asesores, la industria o la autoridad sanitaria.

La información dirigida al consumidor y la publicidad sobre medicamentos presionan a las agencias gubernamentales de regulación de fármacos exigiéndoles un esfuerzo normativo que dé respuesta a las expectativas introducidas por dichas campañas informativas o publicitarias.

La presión que se ejerce a través del paciente no es diferente de la de los regalos, aunque se produzca de otra manera, coarte la libertad de prescripción o prescripción en conciencia. Si esta presión conduce a un aumento de la prescripción o del uso de la tecnología, se produce un aumento del coste de la asistencia, de los efectos adversos de los medicamentos y de las técnicas, y conlleva un sobrediagnóstico y un sobretratamiento. Además, esta presión genera tres tipos de conflictos de interés:

- 1) Financieros: oponerse a la voluntad del paciente significa perderlo, cuando no el prestigio profesional, es decir, perder los emolumentos ligados a la atención y, aparentemente, enfrentarse a la innovación o a la modernidad.
- 2) Morales: la actuación del médico debe ser fruto de su razonamiento, basado en la mayor evidencia científica posible, y sopesando la seguridad del paciente. En cambio, si es consecuencia de una presión externa, genera frustración personal y profesional, y a la larga produce daño moral.
- 3) Profesionales: aceptar que la prescripción la inicie el paciente y no el profesional cuando este no está convencido de ella significa ejercer una medicina

de complacencia o una medicina defensiva (entendiendo como medicina de complacencia aquella que se basa en agradar al paciente y no en los conocimientos de la medicina, y como defensiva la que se hace para evitar las reclamaciones judiciales, administrativas o violentas) o bien desear conservar al paciente y los emolumentos relacionados con la atención profesional.

Internet crea una realidad paralela y permanente, y permite sortear las leyes de un país sobre información, publicidad o la venta de medicamentos. Estos nuevos pacientes acuden a las consultas con un gran número de expectativas generadas en su actividad como internautas en busca de respuestas a las preguntas suscitadas por esa actividad. Si no las obtienen se alejarán del sistema sanitario.

Combatir el efecto de la publicidad mediante la discusión y el intercambio de información significa dedicar una parte del tiempo limitado que los gestores adjudican a la atención de cada paciente, en lugar de destinarlo a la asistencia. Sin embargo, aparte del conocimiento del producto del que se trate, para defender sus opiniones, el médico necesita un contexto adecuado que difícilmente se produce: un clima laboral y una presión asistencial que lo permitan, un tiempo de consulta adecuado y sin violencia, y un entorno no judicializado.

La relación médico-paciente está sometida a varias presiones. La financiación de la asistencia sanitaria puede determinar tanto la percepción colectiva del acceso a los recursos sociales (prestaciones económicas, centros de atención especializada, ayudas a domicilio, entre otros) como la prescripción de medicamentos y de pruebas complementarias.

Además de las prioridades del financiador o de los beneficiarios de los resultados económicos, las campañas publicitarias influyen también en el criterio del paciente, al que la industria farmacéutica halaga convenciéndolo de que posee conocimientos de medicina y de que es un consumidor con el poder de escoger, cuando en realidad decide porque tiene los medios económicos para pagar su elección.

En este libro se analizan las razones que empujan a los profesionales de la sanidad hacia una parcialidad interesada, así como las consecuencias éticas que ello tiene sobre el individuo y sobre la eficiencia del sistema sanitario.



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Edicions