



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Médicos, enfermedades y pacientes

Joaquín Martínez Montauti



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial – SenseObraDerivada 3.0. Espanya de Creative Commons.**

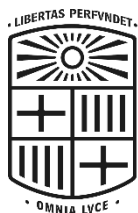
Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial – SinObraDerivada 3.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0. Spain License.**

UNIVERSITAT DE BARCELONA, FACULTAT DE DRET

PROGRAMA DE DOCTORADO “DERECHO Y CIENCIA POLÍTICA”

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN “BIOÉTICA Y DERECHO”



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

MÉDICOS, ENFERMEDADES Y PACIENTES

TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR:

JOAQUÍN MARTÍNEZ MONTAUTI

DIRIGIDA POR: DRA. MARÍA CASADO GONZÁLEZ

BARCELONA, 2017

Mon cher Marc,

*Je suis descendu ce matin chez mon médecin Hermogène, qui vient de rentrer à la Villa après un assez long voyage en Asie. L'examen devait se faire à jeun: nous avons pris rendez-vous pour les premières heures de la matinée. Je me suis couché sur un lit après m'être dépouillé de mon manteau et ma tunique. Je t'épargne des détails qui te seraient aussi désagréables qu'à moi-même, et la description du corps d'un homme qui avance en âge et s'apprête à mourir d'une hydropisie du cœur. Disons seulement que j'ai toussé, respiré et retenu mon souffle selon les indications d' Hermogène, alarmé malgré lui par les progrès si rapides du mal, et prêt à en rejeter le blâme sur le jeune Iollas qui m'a soigné en son absence. Il est difficile de rester empereur en présence d'un médecin, et difficile aussi de garder sa qualité d'homme. L'œil du praticien ne voyait en moi qu'un monceau d'humeurs, triste amalgame de lymphe et de sang. Ce matin, l'idée m'est venue par première fois que mon corps, ce fidèle compagnon, cet ami plus sûr, mieux connu de moi que mon âme, n'est qu'un monstre surnois qui finira par dévorer son maître. Paix... J'aime mon corps...**

Mémoires d'Hadrien. Marguerite Yourcenar.

* Querido Marco, He ido esta mañana a ver a mi médico Hermógenes, que acaba de regresar a la Villa después de un largo viaje por Asia. El examen debía hacerse en ayunas; habíamos convenido encontrarnos en las primeras horas del día. Me tendí sobre un lecho luego de despojarme del manto y la túnica. Te evito detalles que te resultarían tan desagradables como a mí mismo, y la descripción del cuerpo de un hombre que envejece y se prepara a morir de una hidropesía del corazón. Digamos solamente que tosí, respiré y contuve el aliento conforme a las indicaciones de Hermógenes, alarmado a pesar suyo por el rápido progreso de la enfermedad, y pronto a descargar el peso de la culpa en el joven Iollas, que me atendió durante su ausencia. Es difícil seguir siendo emperador ante un médico, y también es difícil guardar la calidad de hombre. El ojo de Hermógenes solo veía en mí un saco de humores, una triste amalgama de linfa y de sangre. Esta mañana pensé por primera vez que mi cuerpo, ese compañero fiel, ese amigo más seguro y mejor conocido que mi alma, no es más que un monstruo solapado que acabará por devorar a su amo. Haya paz... Amo a mi cuerpo...

MÉDICOS, ENFERMEDADES Y PACIENTES

ÍNDICE

<i>RESÚMENES</i>	17
Resumen	17
Resum	18
Abstract	19
<i>INTRODUCCIÓN</i>	21
Justificación del tema de la tesis	21
Interés objetivo de la tesis: Exposición de las presiones y conflictos sobre la RMP	24
Interés subjetivo	29
Metodología	30
Hipótesis	32
<i>DISCUSIÓN - PRIMERA PARTE</i>	35
1. DEFINICIÓN DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE	35
2. DIFERENTES MANERAS DE NOMBRAR A LAS PERSONAS QUE ACUDEN AL MÉDICO	36
2.1. Cambios en la denominación	37
2.1.1. Búsqueda del paciente proactivo	38
2.1.2. La salud como un bien de consumo	38
2.1.3. Las denominaciones aparentemente neutrales	39
3. ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LA RMP	40
4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE	41
4.1. Definición cualitativa de la continuidad	41
4.2. Obstáculos a la <i>continuidad</i>	42
4.3. Beneficios de la inversión en <i>continuidad</i>	43
4.4. Factores que contribuyen a establecer la continuidad	44
4.5. Factores que contribuyen a profundizar la RMP	46
4.6. Beneficios que aporta la continuidad	49
4.7. Tres formas de continuidad	50
4.8. La continuidad y las instituciones	51
4.9. El paciente y la continuidad	52
4.10. Las nuevas tecnologías de comunicación aplicadas a la RMP	53
4.11. La perspectiva del paciente	54
5. RESULTADOS DE LA RMP	57
5.1. Continuidad o accesibilidad	57
5.2. Continuidad y coordinación	60

6.	RESULTADOS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE: BENEFICIOS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA SALUD	62
6.1.	Diagnóstico precoz del cáncer	62
6.2.	Atención a las enfermedades crónicas	64
6.3.	Un ejemplo de la atención a una enfermedad crónica: La insuficiencia cardíaca ..	67
6.4.	Atención a los pacientes con cáncer	69
6.5.	Cuidados paliativos.....	76
6.6.	Experiencia de los pacientes	77
7.	RESULTADOS DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL PACIENTE: LA SATISFACCIÓN	78
7.1.	Definición de satisfacción.....	78
7.2.	Limitaciones metodológicas de las encuestas de satisfacción	79
7.3.	Valoración de los resultados de las encuestas	80
8.	VULNERABILIDAD DEL PACIENTE	84
8.1.	Indicadores de vulnerabilidad.....	86
<i>DISCUSIÓN - SEGUNDA PARTE</i>		89
1.	EL PODER Y LA RMP	89
1.1.	Niveles de ejercicio del poder.....	90
1.2.	Dominio y creación de lenguaje médico.....	91
1.3.	La confianza	93
1.3.1.	El caso de la ley del aborto en Dakota del Sur (EEUU).....	94
1.3.2.	Encuesta sobre las obligaciones y derechos de los médicos cuando el paciente solicita un procedimiento legal al cual el médico objeta.....	95
1.3.3.	Límites impuestos a las actuaciones de los médicos	96
2.	EL CONTRAPESO AL PODER DE LOS MÉDICOS.....	100
2.1.	Acceso a la información médica.....	100
2.2.	Medidas sociales.....	101
2.3.	El reconocimiento legal de la autonomía del paciente.....	101
2.4.	Impacto sobre el profesional.....	102
2.5.	Impacto sobre el paciente	102
2.6.	Las voluntades anticipadas	103
2.7.	Utilidad de los documentos de voluntades anticipadas	105
2.8.	Presiones externas y cumplimiento de las voluntades anticipadas	107
2.9.	Estándares de asistencia sanitaria	109
2.10.	Los planes anticipados de asistencia (PAA).....	110
2.11.	Problemas éticos relacionados con los PAA.....	111
2.12.	Ahorro en el gasto sanitario	112
2.13.	La contención del gasto	114
2.14.	Protocolos	115

2.15.	Vulnerabilidad	117
3.	FUNCIONES DE LOS MÉDICOS.....	118
3.1.	Funciones delegadas	119
3.1.1.	El papel del médico como agente que regula el acceso a los medicamentos, los distintos niveles de atención, las exploraciones complementarias o las prestaciones sociales relacionadas:	119
3.1.2.	La profesión médica acumula otras funciones delegadas que constituyen otros tantos reflejos del poder de la profesión:.....	119
3.2.	Otros usos de los conocimientos médicos que no son en beneficio del paciente .	119
3.2.1.	Con fines militares o de seguridad: conseguir información de un preso o de un prisionero que se niega a darla, romper una huelga de hambre, torturar, adiestrar interrogadores o torturadores o reconocer a los soldados antes de ser enviados al frente... ..	120
3.2.2.	Para aumentar el rendimiento deportivo.	120
3.2.3.	Para evaluar la idoneidad para un puesto de trabajo o suscribir un seguro. ..	120
4.	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL USO DE LOS CONOCIMIENTOS DE LA MEDICINA FUERA DE LA RMP.....	120
4.1.	Informe sobre la tortura del Senado de EEUU	121
4.2.	Actuación del médico ante una huelga de hambre	121
4.3.	Ejemplos de actividades en las que se implica a los médicos por razones militares o de seguridad	123
4.4.	Otros ejemplos	123
5.	FINANCIACIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.....	123
5.1.	Retribución de los médicos.....	127
5.1.1.	Honorarios.....	128
5.1.2.	Salario	129
5.1.3.	Los incentivos	134
5.2.	La carrera profesional	141
5.3.	Complementos de retribución variable	141
5.3.1.	Consulta de la <i>Plataforma 10 Minuts</i> a la Comisión Deontológica del COMB y respuesta	143
5.3.2.	Ejemplo del Reino Unido: Quality and Outcomes Framework.....	147
5.3.3.	La experiencia de los Países Bajos.....	151
5.3.4.	El ejemplo de Estados Unidos.....	154
5.4.	La <i>experiencia</i> de los pacientes y los incentivos	158
5.5.	La retirada de los incentivos	159
5.6.	Aspectos positivos de los incentivos	160
5.7.	Aspectos negativos de los incentivos.....	162

6.	OTRAS FORMAS DE PRESIÓN ECONÓMICA SOBRE EL MÉDICO.....	167
6.1.	Proveedores sanitarios externos.....	167
6.2.	La venta de los perfiles de prescripción.....	168
6.3.	Los conflictos de interés	178
6.4.	La presión sobre los médicos a través de otras profesiones asistenciales y de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales	184
6.5.	Los regalos a los médicos por parte de la industria farmacéutica.....	190
7.	LA PRESIÓN INDIRECTA SOBRE EL MÉDICO	199
7.1.	La publicidad y la información dirigidas al consumidor (PDaC e IDaC).....	199
7.2.	Una publicación de expertos en marketing.....	204
7.3.	Publicaciones de organismos gubernamentales	205
7.4.	Publicaciones de profesionales académicos sanitarios y no sanitarios	207
7.5.	La publicidad dirigida a una enfermedad: Las personas con Hemofilia.....	210
7.6.	Una campaña publicitaria: Información dirigida al consumidor	211
7.7.	Las asociaciones de pacientes.....	220
8.	CONSECUENCIAS DE LA PRESIÓN SOBRE EL MÉDICO: LA MEDICINA DEFENSIVA.....	221
8.1.	La medicina defensiva positiva	223
8.2.	Epidemia de cáncer de tiroides en Corea del Sur	223
8.3.	Sobrediagnóstico y sobretratamiento.....	225
8.4.	Consecuencias de la Medicina Defensiva positiva	229
8.5.	La medicina defensiva negativa.....	230
8.6.	Consecuencias de la Medicina defensiva negativa	231
8.7.	Medidas para evitar la Medicina Defensiva	232
	<i>CONCLUSIONES</i>	239
A.	DE CARÁCTER GENERAL:	239
B.	DE CARÁCTER ESPECÍFICO	242
	SOBRE LA CONTINUIDAD.....	242
	SOBRE EL PODER	245
	SOBRE LA FINANCIACIÓN DEL ACTO MÉDICO COMO CONDICIONANTE DE LA RMP	248
	SOBRE LA INFLUENCIA DE LA INDUSTRIA EN LA RMP.....	249
	SOBRE MEDICINA DEFENSIVA.....	253
	<i>BIBLIOGRAFIA</i>	257

RESÚMENES

Resumen

La relación médico paciente (RMP) es una relación interpersonal asimétrica que nace del encuentro entre médico y paciente, produce resultados y se desarrolla en tres dimensiones: individual, económica y social. El diagnóstico y el tratamiento son los resultados más considerados, pero no los únicos. *Satisfacción, experiencia*, adherencia y adhesión al tratamiento, *continuidad*, uso de los servicios de urgencia o acceso a los recursos sociales, son resultados que el paciente vive en términos de salud y de bienestar mientras que el financiador los traduce en términos de consumo de recursos. El financiador no considera estos productos de la RMP igual que aquellos, tiende a juzgarlos resultados tangenciales de la RMP y los desatiende por considerarlos indirectamente relacionados con ella, pese a que revelan la perspectiva del paciente. La complejidad de la atención contribuye a infravalorar dichos resultados al multiplicar los interlocutores del paciente y difuminar los resultados. Muchos promotores de la RMP piensan que potenciarla solo aporta beneficios marginales; aunque esa visión contradiga los hallazgos de los estudios sobre continuidad, coste de la atención a enfermedades crónicas o los obtenidos en términos de seguridad. Mediante su propia experiencia, el paciente protagoniza la RMP y la enriquece con valores cualitativos, como la necesidad de adecuarla a la situación propia, su voluntad y sus expectativas.

La RMP se enmarca dentro de la actividad profesional del médico que se rige por obligaciones éticas, técnicas y por condicionantes económicos. La asimetría de poder en la RMP es debida al desequilibrio entre el estado de necesidad de la persona que busca ayuda sanitaria frente al profesional, poseedor de la autoridad y el poder conferidos por los conocimientos de la Medicina y el Estado. Para reducir esa asimetría se intenta contrapesar el poder del médico mediante disposiciones sociales, legales y personales.

La confianza sustenta la RMP como manifiesta la custodia del cuerpo y de la información que surge por la intervención médica, sin embargo, aumenta la vulnerabilidad del paciente. Los conflictos de interés relacionados con los honorarios o con la promoción social o académica ponen en entredicho la confianza hacia el médico o hacia la profesión, al igual que el uso inadecuado de los conocimientos de la Medicina puede lesionar al paciente, al médico, a la profesión y a la sociedad.

En el espacio de la RMP se toman decisiones que implican a la salud y a la vida del paciente, a la economía y la sociedad. Sobre los protagonistas se ejercen presiones, internas y externas, para que la RMP incorpore a terceros, con voz, voto y sin riesgos y puedan intervenir en la toma de decisiones, incluso en su propio beneficio en lugar del paciente. Estas presiones se ejercen directa e indirectamente mediante: los honorarios; la publicidad; las organizaciones gubernamentales; las leyes; los pacientes, sus asociaciones y las medidas que potencian su autonomía; la formación médica o los lobby. Todas ellas pueden lesionar al paciente, al médico, a la profesión, al conocimiento médico y a la sociedad, desembocando, además, en una práctica defensiva de la Medicina.

Resum

La relació metge-pacient (RMP) és una relació interpersonal asimètrica que neix de la trobada entre metge i pacient, produeix resultats i es desenvolupa en tres dimensions: individual, econòmica i social. El diagnòstic i tractament són els resultats més considerats, però no els únics. *Satisfacció, experiència*, adherència i adhesió al tractament, *continuitat*, ús dels serveis d'urgència o accés als recursos socials, són resultats que el pacient viu en termes de salut i benestar mentre que el finançador els tradueix a termes de consum de recursos. El finançador no considera aquests productes de la RMP igual que aquells, tendeix a jutjar-los resultats tangencials de la RMP i els desatén perquè els considera només indirectament relacionats amb ella, tot i que revelen la perspectiva del pacient. La complexitat de l'atenció, que multiplica els interlocutors del pacient i difumina els resultats, contribueix a infravalorar aquests resultats. Molts promotors de la RMP pensen que potenciar-la només aporta beneficis marginals; malgrat que aquesta visió contradiu les troballes dels estudis sobre continuïtat, cost de l'atenció a les malalties cròniques o els obtinguts en termes de seguretat. Mitjançant la pròpia experiència, el pacient protagonitza la RMP i l'enriqueix amb valors qualitius com la necessitat d'adequar-la a la situació pròpia, la seva voluntat o les seves expectatives.

La RMP s'emmarca dins de les activitats professionals del metge que es regeix per obligacions ètiques, tècniques i per condicionants econòmics. L'asimetria de poder dins la RMP és deguda al desequilibri entre l'estat de necessitat de la persona que busca ajuda sanitària i, en front, el professional, posseïdor de l'autoritat i el poder que li confereixen els coneixements de la Medicina i l'Estat. Per reduir-ne l'asimetria s'intenta contrapesar el poder del metge mitjançant disposicions socials, legals i personals.

La confiança sustenta la RMP i això es fa palès amb la custòdia del cos i de la informació que aporta la intervenció mèdica però augmenta la vulnerabilitat del pacient. Els conflictes d'interès, relacionats amb els honoraris o amb la promoció social o acadèmica, posen en perill la confiança amb el metge o amb la professió, a l'igual de l'ús inadequat dels coneixements de la Medicina que pot lesionar al pacient, al metge, a la professió i a la societat.

Dins l'espai de la RMP es prenen decisions que impliquen a la salut i a la vida del pacient, a l'economia i a la societat. Sobre els protagonistes s'exerceixen pressions, internes i externes, perquè la RMP incorpori terceres persones, amb veu, vot i sense riscos i puguin intervenir a la presa de decisions, inclús en el seu propi benefici substituint al del pacient. Aquestes pressions s'exerceixen directament i indirecta mitjançant: els honoraris; la publicitat; les organitzacions governamentals; les lleis; els pacients, les seves associacions y les mesures que potencien la seva autonomia; la formació o els lobby. Totes elles poden lesionar al pacient, al metge, a la professió al coneixement mèdic i a la societat, desembocant, a més, en una pràctica defensiva de la Medicina.

Abstract

The doctor-patient relationship (DPR) is an asymmetric interpersonal relationship that emerges when doctors and patients meet, produces outcomes and develops in three dimensions: individual, economic and social. Diagnosis and treatment are the outcomes most often considered but these are not the only ones. *Satisfaction, experience*, adherence and adhesion to treatment, *continuity*, the use of emergency services or access to social resources, are outcomes that patients live through in terms of health and well-being, while financial bodies analyze this factors in terms of resource consumption. The funder does not consider these second group of outcomes in the same way as diagnosis and treatment, tend to judge them as peripheral outcomes and neglect it because they are only considered indirectly related to DPR, and despite the fact that they reveal the patient's perspective. Health assistance complexity contributes to the undervaluing of these outcomes due to the proliferation of concerned partner and outcome blurring. Many promoters of DPR think that its enhancement brings only a minor benefits; although this point of view contradicts the findings of studies on continuity, cost of attention to chronic diseases and others studies related to safety. Through their own experience, the patient must own and lead the DPR and enrich it with qualitative values, such as the need to adapt to their own situation, wills and expectations.

The DPR is framed within the professional activity of doctors that is ruled by ethical and technical obligations and by economic considerations. There is a power asymmetry due to imbalance caused by the needs of people looking for health care versus the professional, holder of the authority and power conferred by the knowledge of Medicine and the State. To reduce the asymmetry attempts are made to counterweigh the power of the doctor through social, legal and personal provisions.

Trust underpins the DPR which is reflected in their responsibility for the care of the body and for the information that arises from medical intervention, nevertheless, the vulnerability of the patient increases. The conflicts of interest related to medical fees or to social or academic promotion raise doubts about the trust for the doctor or for the profession, as the improper use of medical knowledge can injure the patient, the doctor, the profession and the society.

In the DPR's domain decisions are taken that involve the health and life of a patient, the economy and society. Pressures are exerted on the protagonists, both internal and external, so that DPR incorporates third-party voices, votes and without risks, can intervene in the decisions-making process, even to their own benefit in replacing the patient. These pressures are exerted directly and indirectly through: fees; advertising; governmental organizations; law; patients, their associations and measures to enhance patient autonomy; medical training or lobbies. All of them can injure the patient, the doctor, the profession, the medical knowledge attained and society, leading, additionally, to a defensive practice in Medicine.

INTRODUCCIÓN

Justificación del tema de la tesis

El encuentro entre el médico¹ y el paciente² es el lugar donde se transmite la información relativa a las vivencias de lo que el paciente considera una enfermedad y donde el médico recoge esa información y la traduce al lenguaje médico. También es el *espacio* desde el que el médico prescribe y donde el paciente recibe la prescripción, y dado que en él se toman decisiones sobre la salud y la enfermedad, la prescripción y el pronóstico, lo que allí sucede tiene implicaciones personales, económicas y sociales. Así mismo, en el *espacio* de la relación médico-paciente (en adelante, RMP), se genera información que atañe a la intimidad del paciente y, esa información, el médico la transmite al enfermo en un lenguaje que debería ser comprensible. La información toma la forma de conversaciones, exploraciones, diagnósticos, tratamientos, pronósticos, minusvalías o acceso a los recursos sociales. Y, por último, aunque de suma importancia, en este lugar se crea una relación personal entre el médico y el paciente y es, por lo tanto, también una fuente de experiencias individuales para ambos.

La enfermedad es una realidad personal y social a la que probablemente no escapa ningún ser humano. La salud y la enfermedad forman parte integral de la vida individual, de la biología y de las interacciones con el medio ambiente y con la sociedad. La enfermedad, como la define el diccionario de la RAE, es una alteración más o menos grave de la salud. El mismo diccionario define la Medicina, como el conjunto de conocimientos y técnicas aplicadas a la predicción, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades humanas, y en su caso, a la rehabilitación de las secuelas que se puedan producir. Según la Organización Mundial de la Salud, la asistencia sanitaria abarca todos los bienes y servicios diseñados para promover la salud, incluyendo las intervenciones preventivas, curativas y paliativas, ya sean dirigidas a individuos o a poblaciones. La provisión organizada de tales servicios puede constituir un sistema de asistencia sanitaria. Dentro del marco de la asistencia sanitaria, la atención sanitaria la llevan a cabo los profesionales sanitarios con una responsabilidad específica de acuerdo a los conocimientos de cada uno.

El encuentro entre el médico y el paciente resulta ser una encrucijada en la que confluyen los intereses del paciente, del médico y de unos protagonistas invisibles, aunque reales, que son la sociedad, el estado y los conocimientos de la medicina. En consecuencia, ese encuentro, importante por todo lo que en él ocurre, puede ser analizado desde diferentes perspectivas: la relación interpersonal, la *dimensión* técnica del ejercicio de la medicina, los aspectos económicos, los sociales, los estatales o desde la influencia que las distintas perspectivas tienen entre sí.

La relación que resulta del encuentro entre médico y paciente se conoce como RMP y va a ser el objeto de análisis de este trabajo. La RMP es el punto de partida de la atención sanitaria, es el lugar donde se van a aplicar los conocimientos de la medicina, y, como he dicho anteriormente, donde se entrecruzan las diversas *dimensiones* (personal, profesional, económica, social) y se

¹ Con el fin de permitir una lectura más ágil, a lo largo de este documento uso el género masculino con el valor que tiene para ambos géneros en español, sin ningún ánimo discriminatorio.

² Las diferentes formas de nombrar a los pacientes se desarrolla ampliamente en el capítulo 2 de la Primera Parte de este trabajo.

manifiestan los conflictos que se generan al enfrentar los intereses de cada una de ellas. Algunos de estos conflictos los resuelven el médico o el paciente, dentro del marco de la RMP, pero otros trascienden, e incluso, llegan a los tribunales.

Así pues, en la RMP se toman decisiones relacionadas con la salud y la prescripción y se generan resultados como el diagnóstico, el tratamiento o la satisfacción.

El análisis de la RMP se justifica, por lo menos, por cinco razones:

- a. Por los temas que se tratan en la RMP: en ella se dirimen cuestiones fundamentales para el ser humano como la salud, el bienestar, la enfermedad, la discapacidad, el ejercicio de la autonomía, la supervivencia económica o la muerte; y, sobre estas cuestiones se toman decisiones.
- b. Por el riesgo que supone para el paciente: la RMP puede ser peligrosa para el paciente ya que se basa en la confianza y en ella se expone la intimidad del ser humano; y también puede ser peligrosa porque en la RMP se desencadenan acciones para llegar al diagnóstico o para iniciar un tratamiento.
- c. Por ser una relación de poder: la RMP es una relación asimétrica en la que los conocimientos de la Medicina y el estado otorgan autoridad y poder al médico. Para contrarrestarlo existen herramientas que capacitan al paciente para oponerse al poder del médico.
- d. Por las consecuencias de la aplicación de los conocimientos de la Medicina sobre una persona: en la RMP se aplican los conocimientos de la medicina con el fin de entender y solucionar el problema de salud del paciente y cuando no es posible, intentar aliviarlo. El uso de los conocimientos de la medicina fuera de la RMP, pero amparándose en valores de la RMP, puede lesionar al paciente, al médico, a la profesión y a la sociedad.
- e. Por los intereses económicos en juego.

En el trasfondo de los conflictos que se producen en ese *espacio* denominado RMP está la cuestión de quién resulta beneficiario o perjudicado al aplicar los conocimientos de la medicina y alcanzar un resultado. Al considerar el beneficio o el perjuicio que resultan de la toma de decisiones, se están analizando implícitamente las normas o reglas que sirven de marco de referencia para tomar las decisiones, se contraponen valores y se emiten juicios éticos en el ámbito de las Ciencias de la Salud, es decir, en el campo de la Bioética. De ahí que a lo largo de todo este trabajo siempre haya un implícito, que es la Bioética.

La RMP ha sido frecuentemente analizada desde el punto de vista de los valores y obligaciones morales o bien de quién es el titular de la información o desde la perspectiva de si el paciente ha de ser un protagonista pasivo o activo cuya participación es obedecer y atender las indicaciones médicas; o, también, si el rol del médico es el de un amigo, un facilitador, un vendedor o exclusivamente un técnico que ofrece un catálogo. Ese tipo de análisis ofrece un marco general de valores, como por ejemplo, si se ha respetado la autonomía del paciente diciéndole la verdad del diagnóstico, pero no evalúa la RMP desde el punto de vista de los resultados³, como la *experiencia* o la *continuidad* de la RMP y los beneficios que estos aportan al paciente y al médico.

³ A los resultados de la relación médico-paciente, como, por ejemplo, el diagnóstico, el tratamiento o la continuidad, los llamaré indistintamente resultados o productos sin que por ello quiera hacer referencia al sentido mercantil de la palabra producto.

Ni tampoco suministra datos sobre cuáles son las presiones que inciden en el paciente, el médico y la propia RMP y que condicionan las decisiones. De ahí que se necesite otro tipo de aproximación para analizar la RMP.

A favor de un análisis cualitativo centrado en la propia RMP está que permite dilucidar cómo se construye la RMP y, en consecuencia, cuáles son los resultados de esa construcción más beneficiosos y seguros para los protagonistas de la RMP: el paciente, el médico, los conocimientos de la Medicina, la sociedad e incluso el Estado. Algunos de estos resultados están íntimamente relacionados con el tipo de RMP, como por ejemplo, la *continuidad* de la RMP o la *experiencia* del paciente. Otros, como los aspectos más técnicos, por ejemplo, el diagnóstico o la terapia, dependerán menos del tipo de RMP, pero igualmente están influidos por el tipo de RMP. Previamente, no obstante, tanto el beneficio como la seguridad se deben expresar en términos objetivos, es decir, estableciendo parámetros de medida en cada una de las siguientes dimensiones: la salud; la asistencia sanitaria; el seguimiento de las recomendaciones médicas; el consumo de recursos asistenciales o económicos; la satisfacción y la experiencia personal o los condicionantes socioeconómicos. Al utilizar los conceptos de beneficio para el paciente (beneficencia) y seguridad clínica (no-maleficencia), que constituyen principios *prima facie* de la Bioética, se está incluyendo, en el análisis, la perspectiva bioética.

Los beneficios se deben medir en cada una de las dimensiones que he citado anteriormente: a) la salud, la asistencia y el seguimiento de las recomendaciones médicas (acceso a los servicios sanitarios, a la medicina preventiva, número de visitas a los servicios de urgencias, atención a la enfermedad crónica, diagnóstico precoz, cuidados paliativos, adherencia al tratamiento, cambios en el estilo de vida, etc.); b) el gasto (coste de la asistencia, financiación del acto médico, acceso a los medicamentos, prescripción adecuada, etc.); c) la *satisfacción*, la *experiencia* personal y la libertad entendida como el ejercicio de la autonomía (rechazo del tratamiento, acceso a la contracepción, aborto, eutanasia, consentimiento informado, etc.); y, d) la evaluación de los beneficios en términos socioeconómicos (condicionantes de la salud como la polución, la salubridad de la vivienda, etc.).

El concepto de *seguridad* clínica debe ser uno de los criterios del análisis de la RMP puesto que es un hecho bien conocido y documentado, que la asistencia sanitaria siempre comporta un riesgo, debido a que hay un cierto grado de peligrosidad inherente en cualquier etapa de un proceso asistencial. La *seguridad* clínica no es un producto derivado de la RMP sino un elemento necesario para disminuir, y en el mejor de los casos evitar, el riesgo asociado a la atención sanitaria. Este concepto de *seguridad* abarca todos los ámbitos de la asistencia sanitaria. La idea que se desprende de él es que la intención ha de ser no perjudicar, que se deben poner los medios para evitar el daño, aunque a veces fallen, ya que no es lo mismo procedimiento que resultado. La *seguridad* clínica, es decir, que el paciente no resulte perjudicado durante o por el acto médico, también puede medirse objetivamente, a través de los resultados de la RMP, como por ejemplo a través de: los retrasos en el diagnóstico, los efectos adversos de las terapias o de las exploraciones. El acto médico ha de evitar provocar un daño, a pesar de que no sea siempre posible curar o aliviar sin dañar pero, como regla general, el beneficio ha de ser mayor que el perjuicio.

El análisis cualitativo permite descubrir cuáles son los resultados de la RMP que más valora el paciente o cuáles le son más beneficiosos. Y a la inversa también permite descubrir cuáles se pueden considerar neutrales y cuáles son perjudiciales. Desde el beneficio al perjuicio se avanza o se retrocede a través de una amplia gama de posibilidades que se puede valorar y, a veces, medir, atendiendo a los conceptos antes anunciados como la salud, la accesibilidad, las visitas a un servicio de urgencias, el gasto, la satisfacción, la experiencia de paciente y médico, etc.

La Primera Parte de la exposición analiza cualitativamente la RMP, atendiendo a las preferencias y a la valoración de los pacientes, y usando ejemplos de atención a la enfermedad crónica para ilustrar dicho análisis. No obstante, este análisis es insuficiente si no se tienen en cuenta, además, los conflictos que nacen por la interacción de lo que he llamado *dimensiones*: personal, profesional, económica y social. Estos conflictos afectan a la toma de decisiones y, por lo tanto, condicionan los resultados. Y, además, obligan a escoger entre diferentes opciones, es decir, los conflictos generados, permiten asimismo una lectura desde la Bioética. La Segunda Parte de la exposición está dedicada al análisis de algunos de los conflictos que condicionan la toma de decisiones en la RMP y de los resultados.

El interés del médico en la RMP es evidente ya que se trata del ejercicio de su profesión. En el caso del paciente, las razones del interés, también, son obvias. Y en el caso de la sociedad, es indudable que está interesada en que la población, o una parte privilegiada de ella, esté sana. Además, el interés de la sociedad también proviene del vigor de la sanidad como fuente de vida económica activa y fructífera.

La fecundidad de la actividad sanitaria está en el origen de la presión de la sociedad sobre el paciente, el médico y sobre la propia RMP para dirigirla hacia determinadas metas, como por ejemplo, el beneficio de terceros, o que la sociedad se aproveche de los conocimientos de la medicina y los utilice fuera de la RMP, no para tratar a personas enfermas, sino con otros fines. Desde esta perspectiva, es procedente hacer una lectura con los principios *prima facie* utilizados más arriba, es decir, de nuevo desde la Bioética: qué es lo más benéfico y seguro para el paciente, cómo se garantiza mejor un acceso equitativo a los servicios o a los tratamientos (justicia), quién tiene acceso, y en qué condiciones, a la información generada en la RMP (autonomía, intimidad, confidencialidad). Resulta evidente, pues, que esta visión desde la Ética está presente de forma implícita a lo largo de todo este trabajo.

Interés objetivo de la tesis: Exposición de las presiones y conflictos sobre la RMP

La Medicina, para atender a las necesidades que crea la enfermedad y asistir a los enfermos, precisa entender qué son las enfermedades, es decir, necesita estudiarlas, analizarlas y generar conocimiento en torno a ellas. Para el estudio de las enfermedades, en Medicina se utilizan, sobre todo, tres puntos de vista:

- El anatómico, es decir, cuál es el órgano, aparato o sistema que sufre la alteración,
- El etiológico, para establecer cuál o cuáles son las causas de la enfermedad, y cuando sea posible, actuar sobre ellas,
- El patogénico que indaga y actúa sobre el o los mecanismos que conducen a la enfermedad.

Este método, indudablemente feraz, a tenor de los avances de las Ciencias de la Salud, de la disminución de la morbilidad y la mortalidad y del aumento de la longevidad, ofrece, sin embargo, una visión fragmentada del individuo enfermo, como si solo un órgano, un sistema enzimático o unas células estuviesen enfermas, o como si se pudiese aislar la parte enferma del resto del paciente. Cualquier enfermedad tiene unas características propias, que la identifican y la diferencian de otras, pero todas, en mayor o menor medida, repercuten sobre la globalidad del individuo aunque la afectación se concentre en los órganos o sistemas considerados diana de esa enfermedad.

La citada visión fragmentada del individuo enfermo promueve una atención sanitaria también fragmentada, es decir, una atención basada en especialistas y subespecialistas que se ocupan de un órgano enfermo o de un aspecto de la enfermedad cuando, en realidad, el paciente es uno. La *fragmentación* de la atención sanitaria está relacionada con esta visión de la enfermedad y también con la *accesibilidad* al médico, es decir, cuando aparece un problema sanitario la atención la ofrece el primer profesional disponible. La oposición entre *continuidad* de la asistencia, *fragmentación* y *accesibilidad* se analiza en los capítulos 4 y 5 de la Primera Parte y se ilustra en los ejemplos de atención a las enfermedades crónicas del capítulo 6 sobre los beneficios desde el punto de vista de la salud.

Como ya he dicho al principio de esta Introducción, la entrevista entre el médico y el paciente es el punto de partida de la atención sanitaria. La anamnesis es el relato de la enfermedad que realiza el paciente. La narración mezcla la subjetividad (dolor, cansancio) y la objetividad (fiebre, escalofríos, manchas en el cuerpo), expresa las vivencias del paciente relacionadas con la dolencia y, como cualquier relato, incluye las referencias culturales del paciente, minimizando o maximizando aspectos de la enfermedad acordes con el sexo, la edad, la personalidad, la educación o el nivel socioeconómico. La anamnesis es el relato del paciente, pero lo transcribe y lo dirige el médico. Aquí aparece una primera dificultad relacionada con la relevancia que se asigna a cada uno de los distintos aspectos de lo que cuenta el paciente, qué aspectos concretos incluye el médico en la historia clínica y, cuándo incorpora los aspectos emocionales y socioeconómicos.

Una organización centrada en la atención del paciente, aporta novedades importantes ya que lo incorpora como protagonista de la atención, considerando, en primer lugar, la enfermedad, pero también la experiencia del paciente y sus necesidades, es decir, presente y futuro de una persona concreta. Esta visión presenta al paciente como alguien activo que no solo participa en sus cuidados sino que además participa directamente en su planificación y en la organización.

La RMP se desarrolla en el tiempo ya que las visitas repetidas al médico son una experiencia compartida por todas las personas, en particular durante la vejez y en la atención a las enfermedades crónicas cualquiera que sea la edad. A lo largo de los años la atención al paciente puede estar bajo la responsabilidad, la dirección y la coordinación siempre del mismo equipo de profesionales, o bien, al contrario, en cada visita, el paciente se debe enfrentar a un nuevo equipo de atención sanitaria. La *experiencia* de una atención con *continuidad* es distinta a la de una atención fragmentada y discontinua, lo es para el paciente, para el médico y para la organización sanitaria. El capítulo 1 de la Primera Parte construye una definición de la RMP, el 3 ofrece un análisis cuantitativo de la RMP y en el capítulo 4, se analizan las ventajas y desventajas de la *continuidad* de la asistencia. El análisis de la RMP en la Primera Parte concluye con ejemplos de los beneficios de la *continuidad* en la atención a las enfermedades crónicas y con un análisis de la vulnerabilidad como factor condicionante del paciente y de su atención.

Los conocimientos de la Medicina otorgan autoridad y poder al médico y, le capacitan para interpretar lo que dice el paciente, desvelar un diagnóstico y prescribir una terapéutica. Este conocimiento puede ser usado en beneficio del paciente o en beneficio de terceros o contra la voluntad del paciente y en el peor de los casos, para perjudicarlo. El conflicto nace al presionar al médico para que anteponga los intereses de terceros a los del paciente o cuando abusa de su autoridad o del poder para obtener un beneficio o un privilegio. Los capítulos 3 y 4 de la Segunda Parte tratan de las funciones de los médicos y de los problemas relacionados con el uso de los conocimientos de la Medicina fuera de la RMP.

El proceso de recogida de la información sobre el problema de salud está dirigido por el médico que es quien, en última instancia, decide qué es lo relevante. El hilo conductor de la entrevista no es único sino que puede partir de diferentes perspectivas: las vivencias del paciente; el guion preestablecido de la enfermedad; las necesidades de la consulta médica; o una mezcla de los tres. Con el paso del tiempo, este guion de la anamnesis cambia, se adapta a las nuevas situaciones, da por sabido el pasado y se llena de las experiencias propias de una relación interpersonal. Los resultados pueden ser diferentes según sea el hilo conductor de la entrevista, en particular los resultados relacionados con la *dimensión* personal de la relación como la *experiencia* o la *satisfacción*. Los conocimientos de la Medicina destacan cuál es la información significativa para el diagnóstico y la relativa al tratamiento. En cambio, la información relevante para mantener una buena relación interpersonal, aunque no se menosprecie sí suele estar menos disponible, hay que buscarla específicamente y, a veces, se omite y se confía en que las habilidades personales o la motivación del médico la aporte, y en que la práctica profesional la acabe enseñando. Todo lo cual resulta paradójico ya que algunos resultados de la RMP dependen y mejoran con una buena relación interpersonal, como, por ejemplo, la *satisfacción* o la *adherencia*⁴ y la *adhesión*⁵ al tratamiento y por lo tanto debería ser uno de los objetivos de la RMP. La presión que se ejerce sobre este último aspecto de la relación proviene, sobre todo, del financiador que suele sacrificar la relación interpersonal en aras de la productividad y, también, de la *accesibilidad*. Aunque algunos pacientes también prescindan de la relación personal y, como alternativa, escogen *accesibilidad* y una relación efímera u ocasional. En el capítulo 5 de la Primera Parte se contraponen la *continuidad*, un resultado de la RMP, a la *accesibilidad*, que responde a la necesidad de entrar en el sistema sanitaria para recibir atención. Y, en los capítulos 5 y 7 de la Segunda Parte se analizan las presiones que recibe la RMP por parte del sistema de retribuciones de los médicos y de la Publicidad.

La bibliografía médica ofrece numerosos ejemplos de los diversos tipos de presiones que se ejercen sobre los actores de la RMP: legislativas, ideológicas, religiosas, económicas y sociales. También, ofrece ejemplos de los conflictos que se derivan. Estas presiones y conflictos se analizarán a lo largo de la Segunda Parte.

Los intereses económicos ligados a la atención sanitaria originan *conflictos de interés* (en adelante, CdI) en todos los posibles beneficiarios ya que la sanidad, que es uno de los pilares del estado de bienestar, es una fuente de actividad económica muy fructífera desde el punto de vista industrial y de servicios. A título de ejemplo, en España para el año en curso, 2017, los presupuestos generales del estado dedican 4.093 millones de euros a Sanidad y 2.408 millones de euros a Servicios Sociales. En 2015, el gasto en facturación por recetas y órdenes de dispensación hospitalaria ascendió a 9.960.687.859 €. Tal vez algunos actores sociales consideren insuficientes estas cantidades, pero, en cualquier caso, son elevadas.

⁴ La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo.

⁵ Se define la adhesión al tratamiento como el grado de seguimiento por parte del paciente de una serie de instrucciones médicas que incluyen, además de un tratamiento farmacológico, algunas medidas generales como la dieta, la abstención de hábitos tóxicos, indicaciones sobre ejercicio físico y autocontrol de peso, entre otras, las cuales pueden ser tan importantes como el tratamiento farmacológico. Son medidas que necesitan una clara comprensión por parte del paciente, por lo que es necesario que el médico transmita una explicación correcta y adecuada al nivel cultural del paciente y que posteriormente realice un seguimiento.

Estos datos no son más que un ejemplo, sin embargo, sugieren, y probablemente muestran, por qué los incentivos económicos ligados a la prescripción o a la promoción de productos sanitarios originan CdI para los médicos, los pacientes y las organizaciones sanitarias. Aunque son numerosos los CdI cuyo trasfondo es económico, no son los únicos que inciden sobre la RMP: la financiación de la formación de los profesionales y el papel de los expertos; la autoría de artículos, de guías de práctica clínica o de protocolos de tratamiento; o, la promoción profesional y social, constituyen otros ejemplos de CdI que se analizarán en este trabajo. Los CdI de los profesionales, de las organizaciones de apoyo a los pacientes, de los autores de artículos científicos o de los profesionales que toman decisiones sobre la salud o elaboran recomendaciones (como los miembros de las comisiones asesoras, los expertos, etc.) deben ser expuestos con claridad y, para evitarlos, deben, por un lado, introducirse las políticas adecuadas y, por otro, crear y promover una cultura que los eluda.

Como ya se ha esbozado en el párrafo anterior, otra de las funciones y posibilidades de trabajo, que los conocimientos de la Medicina otorgan al médico, es el papel de experto capaz de generar conocimiento a través de su labor clínica, docente o investigadora. Por ello, al mismo tiempo, se le puede enrolar como responsable de evaluar dicho conocimiento y colaborar en la formación de otros profesionales, elaborar guías, directrices y protocolos, de actuación o de tratamiento, para las sociedades científicas o para las instituciones. Esta actuación profesional debe estar muy bien regulada para evitar que se quiebre la confianza en la credibilidad del profesional que actúa como generador, evaluador y transmisor del conocimiento, en particular, si la financiación de esta actividad siembra dudas sobre la imparcialidad de las afirmaciones. La labor de experto engloba todas las áreas de trabajo del profesional, la clínica, la docente, la investigadora y la divulgadora y, en consecuencia, en todas esas áreas pueden surgir dudas sobre la imparcialidad del experto. El CdI no significa que el profesional falte a su deber de imparcialidad sino que esta es imposible salvo cuando los roles, el de generador de conocimiento y el de evaluador de ese mismo conocimiento, los realizan profesionales no relacionados entre sí y con fuentes de financiación no vinculadas. En el capítulo 6 de la Segunda Parte se analizan con detalle algunas formas de presión económica sobre el médico, dentro de dicho capítulo, el 6.6. se circunscribe más específicamente a los CdI.

Los honorarios de los médicos ya sean calculados por capitación, salario, pago por acto o una combinación de ellos, condicionan la actividad de los profesionales dado que fomentan una práctica que se enlaza con un tipo de resultados. Estos condicionantes de la RMP se analizan en los capítulos 6 al 8 de la Segunda parte.

No es objetivo de esta tesis estudiar la RMP desde un punto de vista economicista ni considerar cuáles son las RMP más eficientes, si son aquellas que se desarrollan en un entorno que prima al sistema sanitario, a los médicos o a las más centradas en el paciente. Tampoco voy a referirme a otros aspectos indudablemente importantes pero que no analizaré, porque considero que por ellos mismos justifican trabajos monográficos, como por ejemplo, las influencias o los sesgos de género de la RMP; o, las dificultades del poder y contrapoder en determinados ámbitos, como en la medicina del trabajo; ni el rol social del médico; ni el *attrezzo*, necesario en cualquier profesión, y sus relaciones con el prestigio y el poder; ni tampoco me voy a referir a un país en concreto.

La información, que llega al médico o al paciente desde el exterior de la RMP, proviene de fuentes muy diversas, algunas fidedignas basadas en la evidencia científica e imparciales y otras basadas en intereses corporativos. Los mensajes que recibe el profesional promocionan y, a veces ocultan, intereses u objetivos diferentes si la información proviene de un grupo de apoyo de pacientes, una sociedad o una publicación científica o comercial, una organización gubernamental, no

gubernamental o internacional, la autoridad sanitaria o una firma comercial. Mediante incentivos económicos o profesionales, a través de la persuasión y de la publicidad directa o encubierta, se pretende crear una opinión favorable en el médico y en el paciente para influir o incluso dirigir la elección de la prescripción. A lo largo del trabajo se analiza la formación de los médicos desde distintos puntos de vista así como la presión que se ejerce desde dentro y fuera de la RMP para orientarla en un sentido u otro.

Los avances de las Ciencias de la Salud hubieran sido imposibles sin los avances de la tecnología y de la biotecnología, hecho que estimula y justifica que la profesión médica sienta la obligación de estar al día en la adquisición de nuevos conocimientos médicos que puedan incorporarse a su área de trabajo. Bajo la voluntad de actualización de conocimientos subyace la obligación ética de beneficencia y de lealtad aunque también se encuentran otras razones como la eficiencia, el prurito personal y la promoción profesional y social. La formación de los médicos es un problema que preocupa a la profesión y a la sociedad. Uno de los retos de la Medicina, al igual que el de otras profesiones, es el volumen de información científica y técnica que se produce a diario, aunque de calidad desigual. Como he comentado más arriba, toda esa información nueva genera una serie de obligaciones, a saber: debe ser incorporada a la práctica clínica teniendo en cuenta beneficio y *seguridad*; evaluar el impacto de la curva de aprendizaje relacionada con la innovación sobre la *seguridad* y el coste de la asistencia; la obligación del médico de estar informado y de conocer los avances de su profesión (obligación ética y profesional); la presión social para estar “a la última”; los intereses económicos ligados a la industria de productos sanitarios; o los propios intereses del profesional. El volumen de los conocimientos de la Medicina y la cantidad de conocimientos nuevos producidos a diario, evidentemente de calidades, importancias e índoles distintas, obliga a los profesionales de la medicina a actualizarlos frecuentemente a partir de fuentes fidedignas y asequibles de información. Teniendo en cuenta los enormes intereses económicos y de otro tipo ligados a la actividad sanitaria, el reto está en quién y cómo se selecciona e incorpora esa información en la práctica clínica y cómo se distingue lo relevante. De ahí la transcendencia de preguntarse y analizar quién financia la formación, de quién es responsabilidad, quién la dirige y cuáles son las consecuencias de la elección. El desafío de la actualización de conocimientos, es decir, de la formación de los médicos afecta a la fuente, a la frecuencia, a la financiación y a su aplicación. No obstante, hay que añadir que estos problemas relacionados con la formación de los profesionales no son exclusivos de la profesión médica. Las referencias a la formación de los médicos se hallan en los capítulos 1 y 2 de la Primera Parte y 5.3.3., 6.2., 6.4., 6.5. y 8.7. de la Segunda Parte. En dichos capítulos también se valoran posibles soluciones.

El médico, a través de la enfermedad, crea nuevos roles sociales, de modo similar a como lo hace un juez, que crea el rol de culpable o inocente. Los médicos crean, entre otros, el rol de enfermo, y, como en los casos anteriores, estos roles tienen consecuencias personales y sociales. Pero además, al tener la capacidad exclusiva de definir la enfermedad, deciden qué es una enfermedad y qué no lo es. La existencia de la enfermedad es evidente cuando el diagnóstico es cierto, pero también cuando lo certifica el médico e incluso cuando alguien se aprovecha de, o usurpa, la autoridad del médico. Decidir que una diferencia de comportamiento, una cualidad física o una diferencia en una constante vital o en un valor analítico son enfermedad o, asignar a alguien el rol de enfermo, son decisiones trascendentes por dos razones principales: porque se acompañan de inconvenientes y ventajas para el paciente y para la sociedad; porque implican que ese problema se va a tratar con las herramientas de la medicina: buscar la causa, los órganos afectados, los mecanismos causantes del daño y los tratamientos médicos que solucionaran o paliaran el problema. Y esta decisión es determinante porque condiciona la vida del paciente, predice una

evolución, la muerte próxima o la discapacidad y porque el rol de persona enferma da acceso al tratamiento, a prestaciones y a un estatus social, estatus que incluye la compasión, la cuarentena, el estigma o el ostracismo. Otros sectores de la sociedad disputan a los médicos la capacidad exclusiva de definir la enfermedad presionando a la sociedad, a los afectados, a las agencias gubernamentales de regulación como la Agencia Europea del Medicamento o la Food and Drug Administration norteamericana y a la profesión médica, mediante campañas de promoción publicitaria o mediante incentivos económicos, como por ejemplo, las ayudas a la formación de los profesionales o a los grupos de afectados. Estos conflictos y presiones se analizan en los capítulos 6 y 7 de la Segunda Parte dedicado a las “Otras formas de presión económica y a las presiones indirectas sobre el médico”. Algunas de las soluciones a estas situaciones son legales, como la prohibición de la publicidad, otras soluciones pasan por asumir la formación de los médicos como lo que es: una necesidad ineludible; y, otras precisan reforzar la autoridad e independencia de dichas agencias.

La incorporación de las nuevas tecnologías y la innovación en el diagnóstico y en los tratamientos generan conflictos con la seguridad clínica, al mismo tiempo que abren nuevas áreas de conocimiento e incrementan la carga financiera de la asistencia. Los efectos adversos ligados a la innovación son desconocidos en buena parte, en particular los que se presentan a largo plazo y los muy poco frecuentes. Al principio de su introducción en la clínica, los nuevos productos tecnológicos suelen ser menos eficientes que los ya conocidos, necesitan un período de aprendizaje que se aplica sobre seres humanos y que debe ser financiado, y de ellos se desconocen qué tipos de errores médicos inducen, como por ejemplo sobretratar y sobrediagnosticar. El capítulo 8 de la Segunda Parte desarrolla las consecuencias de la presión sobre el médico ejercida mediante las nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento y, también, de la medicina defensiva que es consecuencia de la presión del temor a errar, omitir un diagnóstico o a lesionar con un tratamiento y a ser perseguido judicialmente.

Interés subjetivo

Mi interés por este tema está relacionado con mi actividad profesional como médico especialista en Medicina Interna y, por lo tanto, con responsabilidades clínicas sobre pacientes. Durante los años de ejercicio de mi profesión me he enfrentado a diario a los problemas relacionados con la atención de los pacientes, como el diagnóstico, el tratamiento o la experiencia personal del paciente o la mía. Las dificultades diagnósticas o las terapéuticas son dificultades técnicas que forman parte del reto de la profesión. En cambio, la relación con el paciente incorpora otras dificultades, además de las técnicas, aunque sigan siendo retos profesionales. Estos aspectos personales están íntimamente vinculados al acceso a la intimidad del paciente, a la visión del yo genuino de la otra persona y a cómo se enfrenta a la adversidad. Esta aproximación al otro, a través de la profesión, crea obligaciones éticas, que las profesiones sanitarias han aceptado, incorporado y codificado. En un sentido amplio, la custodia del paciente y de toda la información referente a él, es una de esas obligaciones. En consecuencia, la RMP debe estar libre de las presiones de terceros que puedan alejar al médico de la defensa de los intereses de salud del paciente. Conocer y analizar esas presiones constituye el primer paso para evitarlas.

El miedo a la enfermedad y a sus consecuencias como la discapacidad, la dependencia, el dolor, el deterioro físico e intelectual o la muerte, provocan, en el paciente, un sentimiento de vulnerabilidad y de dependencia de la atención sanitaria que lo convierte en una presa fácil para cualquier promesa de mejora, fundada o infundada, mágica o real. La Medicina ofrece ayuda al

paciente mediante una aportación basada en la evidencia científica. Ahora bien, en líneas generales, la aplicación de estos conocimientos ha de estar libre de cualquier sesgo que desvirtúe el interés por la recuperación de la salud, la reinserción del paciente en su vida normal o, cuando esto no sea posible, aliviar el sufrimiento y procurar una muerte plácida.

Al analizar la RMP desde un punto de vista objetivo, alejado de la práctica individual, se pueden desentrañar y entender las tensiones y presiones que se producen en la relación y que afectan a todos los protagonistas. Estas presiones tienen consecuencias sobre la propia RMP o sobre sus productos y, cuando se conocen, es posible dilucidar si son dañinas para el paciente, el médico, la profesión o la sociedad y, entonces, diseñar políticas para evitarlas y remediar los errores en la atención al paciente. De ahí que sea necesario que este análisis incluya el examen de las múltiples presiones que se ejercen sobre la RMP para orientar los resultados. Dichas presiones provienen de múltiples frentes: del Estado, que las ejerce mediante leyes; de la ideología o la religión que presionan a través de preceptos o, lo hacen, como poderes fácticos de la sociedad; de las diversas maneras de financiar el acto médico que constituyen una forma universal de presión; de la profesión, a través de sus propios códigos; o a través de la persuasión, la publicidad y la formación no imparcial; o, por último, a través del entorno, de familiares y amigos.

En definitiva, todas esas observaciones de la realidad a través del ejercicio de la profesión explican mi interés en este tema y la voluntad de entender y dar respuestas a las preguntas surgidas a lo largo de los años de ejercicio profesional. El hecho de que mi profesión sea médico también explica por qué he escogido y centrado el análisis de la RMP desde el punto de vista del médico, aún a sabiendas de que otros profesionales coparticipan en la atención sanitaria y que su intervención es imprescindible para que la asistencia sanitaria exista.

Metodología

La bibliografía, que incluye más de 300 citas, está en su mayoría publicada en lengua inglesa pero está escrita por autores de los cinco continentes y desde universidades de los cinco continentes. He escogido una visión novedosa e inhabitual de la RMP y, aunque la bibliografía existente sobre la RMP es abundante, la que hace referencia a esta perspectiva está dispersa en las revistas científicas relacionadas con las múltiples facetas del mundo de los cuidados de la salud: revistas científicas de clínica médica, investigación, educación, psicología u organización sanitaria. Los artículos recogidos en la bibliografía de esta tesis están publicados en 121 revistas científicas distintas, algunas representadas múltiples veces, como *British Medical Journal*, *The New England Journal of Medicine*, *PLoS ONE* o las revistas de Ética Médica, y otras solo una vez. También se han utilizado informes de organizaciones gubernamentales como las del NICE del Reino Unido, la *Ontario Health Quality* canadiense, informes de la Comisión Deontológica del Col·legi de Metges de Barcelona o del Ministerio de Sanidad español. Igualmente, en la bibliografía se citan varios libros como *La confidencialitat en l'assistència sanitària* de la Dra. Lúdia Buisan o el publicado por Peter Gotzsche *Medicamentos que matan y crimen organizado*. Los autores de los artículos escriben desde 26 países distintos de los cinco continentes y entre los artículos referenciados hay una decena de estudios multicéntricos.

Para recopilar la bibliografía he utilizado una técnica de muestro no probabilístico en cadena, dado que los temas de estudio están dispersos en numerosas revistas científicas, libros, publicaciones universitarias, de organismos gubernamentales y no-gubernamentales. He usado motores de búsqueda de las bases de datos biomédicos e introducido palabras clave como criterio

de búsqueda. De igual manera he procedido para el vaciado de revistas de ciencias médicas. Este método tiene la desventaja de ser unidireccional, es decir, un sujeto lleva al siguiente o a los siguientes que son semejantes al primero y no proporciona una idea de la representatividad del sujeto.

No obstante, este método ha resultado ser idóneo ya que ha sido capaz de proporcionar la evidencia de que esos temas han sido sujeto de análisis y, que también ha demostrado la existencia de otras vías, distintas a los valores de la RMP que he citado al principio, para explorar y entender la RMP y sus resultados. El objetivo de esta metodología ha sido encontrar en la bibliografía médica cuáles son los valores cualitativos que justifican la RMP desde el punto de vista del paciente y del médico, sin partir de valores morales tradicionales como la veracidad, intimidad, confidencialidad o lealtad-fidelidad ya que el análisis desde esa perspectiva está suficientemente investigado. El trabajo ha consistido en buscar, a través de una definición cualitativa de la RMP, los resultados que el paciente y el médico valoran, obviamente además del diagnóstico y la terapia, y mostrar que, con base en esos valores, la RMP genera mejores resultados desde el punto de vista del paciente y, también, del médico. La categoría de mejor se ha definido mediante parámetros de salud (diagnóstico precoz, atención al final de la vida, medicina preventiva, adhesión y adherencia al tratamiento, etc.). Sin embargo, como ya he comentado más arriba, esta justificación hubiera resultado insuficiente si no hubiera examinado también cuáles son las presiones para modificar la toma de decisiones y entender cómo esos valores cualitativos pueden mostrarse protectores frente a dichas presiones.

El motor de búsqueda que más he usado ha sido <https://www.PubMed.gov> del *US National Library of Medicine del National Institute of Health*. Además, he realizado búsquedas en las bases de datos biomédicos: *MeSH Database, Journals in NCBI Databases, Clinical Trials, E-Utilities (API) y Link-out, Medline, Cochrane Library y UptoDate*.

Las revistas científicas del área de las ciencias de la salud que he revisado preferentemente y de las cuales he realizado un vaciado han sido: *The New England Journal of Medicine, Patient, Education and Counseling, JAMA, British Medical Journal, BMC Medical Ethics, PloS ONE, British Journal of General Practice, Cochrane Database System* y las publicaciones del *NICE* del Reino Unido y de la *National Academy of Sciences, Engineering and Medicine* de EEUU.

Las referencias locales han sido necesarias en ámbitos específicos, como cuando abordo el conflicto creado por la *Plataforma 10 minutos*, pero el resto son reglas generales que afectan a la práctica de la Medicina en todos los países, con las peculiaridades de cada uno y con especificidades locales. Fundamentalmente me refiero a la práctica de la Medicina en Europa Occidental, EEUU, Canadá, Australia y Nueva Zelanda, aunque he incluido artículos de Sudán, Sudáfrica, India o Mongolia que aportan una visión similar de los problemas de la RMP.

En el análisis he seleccionado la figura del médico sin especificar una u otra especialidad, salvo en algunos ejemplos en los cuales se hace referencia al médico de familia ya que es el que brinda una atención más amplia y también el que está más cerca de la población sana y enferma.

Aunque este análisis es válido para las especialidades médicas y quirúrgicas, en alguna, como en la Medicina del Trabajo, el médico se enfrenta a una dualidad, derivada de la propia naturaleza de su especialidad profesional, ya que por una parte su actividad se dirige a una persona concreta y, por otra, ha adquirido previamente una responsabilidad contractual y técnica con la institución que le emplea. Por esta razón tampoco he incluido la Medicina del Trabajo en mi análisis.

En cambio, sí he incluido algunos aspectos de la actividad profesional de los médicos militares, de los médicos de prisiones y de los que trabajan para la policía porque si bien tienen un compromiso contractual y técnico con la institución que les emplea, su actividad comporta diferencias, entre las cuales está la vulnerabilidad de la persona que atienden, en cuanto a pertenecer a un cuerpo militar, ser un prisionero o un preso, vulnerabilidad que se suma a la asociada a la enfermedad.

Para conseguir esos objetivos de análisis de la RMP he seguido el plan que detallo a continuación:

- La Primera Parte empieza con la búsqueda de una definición cualitativa de la RMP para saber cuáles son los factores que la hacen valiosa para el paciente en primer lugar, luego para el médico y por extensión para la sociedad. Esta primera parte analiza, también, los distintos nombres que se les da a los pacientes.
- Seguidamente, se describe la RMP desde un punto de vista cualitativo lo que proporciona elementos objetivos que se pueden medir y comparar, es decir, se puede establecer un balance entre ellos.
- Para construir este análisis cualitativo es necesario sumar las perspectivas del paciente y del médico y relacionarlas con los resultados de la RMP. He ilustrado los aspectos relacionados con el paciente con ejemplos de la atención a las enfermedades crónicas. Esto constituye el tercer elemento de la Primera Parte.
- La Segunda Parte contempla, en primer lugar, el poder que los conocimientos de la medicina otorgan al médico y el contrapeso a ese poder del que disponen los pacientes y que la sociedad ha construido.
- Para ello analizo a lo largo de esta Segunda Parte ejemplos sobre cómo los conocimientos de la medicina se aplican dentro y fuera de la RMP y, también, para realizar peritajes.
- En los diferentes ejemplos analizados se observa cómo la RMP genera resultados y tiene repercusiones económicas. Se muestran las presiones que se ejercen sobre la RMP para modificar sus resultados, incluidos los económicos, con el fin de añadir o cambiar al beneficiario de la RMP.
- Y para finalizar, se analizan las consecuencias de las presiones sobre el paciente, el médico y sobre la RMP.

Hipótesis

Teniendo en cuenta todo lo expuesto anteriormente las hipótesis que me he planteado sobre la RMP abarcan varios aspectos que he condensado en dos y que constituyen el punto de partida:

- en primer lugar, que algunos tipos de organización sanitaria niegan la existencia o el valor de la RMP, o la consideran secundaria y prescindible; y
- en segundo lugar, que las presiones legales, ideológicas, religiosas o económicas sobre la RMP pretenden adaptarla no a las necesidades sanitarias de los pacientes o a las profesionales de los médicos, sino a los intereses del Estado, la ideología, la religión o de la economía y el mercado.

Lo que ha llevado a que me haya formulado los siguientes problemas a investigar:

1. Aunque invisible, la RMP es una realidad cuya existencia se demuestra porque genera resultados y porque está sometida a múltiples presiones con la intención de modificarlos. La imagen de la RMP como un triángulo plano ocupado en los vértices por el paciente, la sociedad y el médico y en el centro por los conocimientos de la medicina, proporciona una imagen plana y lejos de la realidad. La imagen que parece más acorde con la realidad es la de los dos protagonistas, el médico y el paciente, sentados a cada lado de una mesa y, a su alrededor, una nube de vectores que transmiten la presión de terceros y que apuntan a diferentes puntos de los actores de la RMP: a las emociones, como el miedo a la enfermedad o la muerte; a las modas sociales, como el culto a lo saludable; a los intereses personales, como el éxito social; y, también, apuntan a la relación interpersonal creada por el paciente y el médico. Estos vectores transmiten presiones económicas, ideológicas, religiosas y legales desde la sociedad, el Estado, la industria, el paciente o desde el entorno.
2. Una organización centrada en la atención del paciente, aporta novedades importantes ya que lo incorpora como protagonista de la atención, considerando, en primer lugar, la enfermedad, pero también la *experiencia* del paciente y sus necesidades, es decir, presente y futuro de una persona concreta. Esta visión presenta al paciente como un sujeto activo que no solo participa en sus cuidados sino que además participa directamente en la planificación y en la organización. Y coincide con la idea de la RMP como proceso.
3. Desde el interior y desde el exterior de la RMP, se ejercen presiones para dirigir la RMP en un sentido determinado y para introducir nuevos interlocutores en la RMP. Estas presiones se ejercen para transformar la RMP y, convertir, un *espacio* cuya primera inseguridad viene dada por la enfermedad, en un *espacio* inseguro por los cambios que pretenden las presiones citadas, donde la enfermedad es un elemento más.
4. La organización de la asistencia condiciona la RMP y los resultados que se derivan.
5. Algunos resultados son más seguros que otros y los pacientes prefieren unas formas de organización sobre otras.
6. Ambos, paciente y médico, contribuyen a definir beneficio y bienestar en cada caso concreto basándose en los conocimientos médicos, y, dado que tanto el beneficio como el bienestar son resultados de la RMP, las presiones que se ejercen sobre cualquiera de los cuatro, el médico, el paciente, la RMP y los conocimientos de la Medicina, por separado o a la vez, intentan imponer una nueva definición de salud y bienestar.

Estas cuestiones constituyen el motor y la base de mi trabajo de investigación que se detalla y analiza a lo largo de la **DISCUSIÓN** y finaliza con las **CONCLUSIONES** que se han extraído.

DISCUSIÓN - PRIMERA PARTE

La enfermedad es una experiencia humana que genera sufrimiento moral, físico y social y que se asocia a dolor, ansiedad, dependencia, discapacidad, indefensión o estigma social. Las consecuencias personales de la enfermedad son inseparables de las sociales, como ejemplifica la gripe, que es una enfermedad vírica que afecta a un individuo pero que es capaz de diseminar y alcanzar la proporción de una pandemia, incrementar exponencialmente la mortalidad y las bajas temporales al trabajo y repercutir sobre la población aviar y porcina y sobre la industria derivada de la explotación de esos animales.

Por esas razones, desde muy antiguo, la sociedad y los individuos se han organizado para atender a los enfermos y para luchar contra la enfermedad. Los avances de las ciencias relacionadas con la medicina han aportado un caudal de herramientas para atender las necesidades de los enfermos, aunque más en unos campos que otros y más en unos grupos sociales que en otros. Así, las necesidades de la enfermedad mental están peor atendidas o, asimismo, las de las personas con menores recursos económicos, culturales o educacionales. Igualmente ocurre con el interés que se dedica a las diferentes patologías ya que priman la conveniencia de los países desarrollados y, en cambio, enfermedades que afectan a una gran parte de la población mundial, y que son altamente letales, como las transmitidas por picadura de mosquito, están relegadas desde el punto de vista de la inversión financiera o de la investigación o acaparan el interés mediático como serpientes de verano en sus aspectos más morbosos.

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.

1. DEFINICIÓN DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

La relación médico-paciente (RMP) es una relación interpersonal en la cual los interlocutores no son iguales ni están en igualdad de condiciones. Para el médico clínico es el ejercicio de su profesión, en cambio, para el paciente tiene implicaciones físicas y emocionales ya que se refiere al cuidado de su salud. Y, también, porque dentro de la relación, el rol y la responsabilidad del paciente y del médico son distintos. La RMP puede ser vista como una forma especial de relación humana, compleja y difícil de definir, porque representa cosas distintas según si el observador es el propio paciente, el profesional sanitario, el gestor, el político o el académico. Pero todos los observadores coinciden en que es importante, lo cual, evidentemente obliga a preguntarse por qué. La respuesta está en que es uno de los componentes humanos de la atención que, a su vez, es un elemento necesario de la asistencia sanitaria y porque 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, y, además, instruirle en los cuidados que necesita y en el autocuidado (1). Y otro factor, no menos importante, es el valor económico y político de la sanidad, como se desarrollará en la Segunda parte. La relación médico-paciente es el lugar donde se intercambia la información sobre la enfermedad, el pronóstico y el tratamiento (1). Y también es el lugar de un intercambio económico, donde se prescriben medicamentos u otras terapias, dispositivos de uso médico o prestaciones sociales. Una buena RMP alcanza mejores resultados de salud y proporciona al paciente un interlocutor de su confianza que actúa en su

beneficio y le ayuda a mantener o lograr un mejor estado de salud y cuando esto no es posible, le ayuda a aliviar el sufrimiento.

La RMP puede ser vista como un proceso, es decir, como una relación que se desarrolla en el tiempo y que cambia y se adapta a las nuevas situaciones. Este aspecto, digamos temporal, enriquece la RMP a través de las experiencias de ambos, paciente y médico, la actualiza y la sitúa en el tiempo y el espacio. Al mismo tiempo la RMP produce resultados objetivos, es decir, genera productos y consecuencias en términos de salud, de relaciones humanas y en términos económicos y sociales. Los resultados de la relación pueden ser tangibles, como los resultados económicos o los diagnósticos, o menos tangibles, como la confianza o la *satisfacción*.

Entender mejor la RMP tiene sentido por sus implicaciones en la atención de los pacientes, en los resultados de la atención, en la organización de la asistencia y en la formación de los médicos (2). Y es igualmente importante entender sus limitaciones y no invertir recursos en potenciarla cuando no haya de ser beneficiosa: cuando el paciente no quiere mantenerla o cuando es circunstancial, como una visita a un servicio de urgencias. No obstante, conviene subrayar que apoyar la RMP es apoyar la atención sanitaria centrada en ciertos productos de la relación, antídotos de la atención fragmentada y despersonalizada (25), propia de la asistencia centrada en la enfermedad, en la conveniencia y comodidad de médicos e instituciones o en la reducción de costes a corto plazo.

El aspecto económico de la relación no debe ser infravalorado, su importancia queda reflejada tanto en el impacto que la sanidad tiene en la economía de un país, como en las presiones comerciales y financieras que se ejercen sobre la relación, o en la actividad económica en torno a la sanidad (compañías farmacéuticas, fabricantes de dispositivos médicos, compañías de seguros médicos, hospitales, cuidadores, entre otros).

2. DIFERENTES MANERAS DE NOMBRAR A LAS PERSONAS QUE ACUDEN AL MÉDICO

La evolución de la RMP hacia una forma más igualitaria, en la que el equilibrio de poder se desplaza desde el profesional sanitario hacia la persona que utiliza los servicios sanitarios, cuestiona que se siga denominando *paciente* a quien acude al médico.

Las causas de este cambio son debidas a varios factores:

- La palabra paciente evoca a alguien pasivo, que está esperando, que sufre, que padece la acción del agente, en este caso el profesional, lo cual se contrapone al nuevo paradigma.
- El cambio es fruto de promover la participación del paciente, de su involucramiento en la toma de decisiones, del fomento del paciente proactivo y de la necesidad de atraer su opinión y recabar su consentimiento. Porque, como dice Foucault: “definiendo a una persona como paciente se define la dirección y el contenido de la conversación”.
- Los factores económico-sociales como la financiación de la relación, el acceso a la información sanitaria, la presión de los fabricantes de medicamentos y de material sanitario o las nuevas profesiones relacionadas con la sanidad al usar los conocimientos de la medicina en ámbitos distintos al de la enfermedad (por ejemplo: biotecnólogos, biólogos de la reproducción humana, entrenadores deportivos, etc.).

Entonces se plantea el problema de cómo nombrar a los que acuden a los servicios sanitarios en busca de cuidados o para recuperar la salud o paliar sus males o simplemente buscar consejo, renovar un tratamiento, prestarse al despistaje de una enfermedad o someterse al control de una dolencia crónica. Y también, el de cómo quieren ellos ser llamados y cómo los llaman las instituciones, las compañías de seguros médicos, la administración o la publicidad.

Las denominaciones más usuales recogidas por la bibliografía médica y con más tradición entre los profesionales y los medios de comunicación son: enfermo, paciente, tomador, comprador, cliente, consumidor, usuario, superviviente y asegurado.

Definiciones de estas palabras en el Diccionario de la RAE:

- Enfermo: que padece una enfermedad
- Paciente: proviene del latín “*patiens-entis*” del verbo “*pati*” padecer. Que tiene paciencia. Que manifiesta o implica paciencia. Fil. Dicho de un sujeto: Que recibe o padece la acción del agente. Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica. Persona que es o va a ser reconocida médicamente.
- Tomador: En el contrato de seguro, persona que contrata el seguro con la entidad aseguradora.
- Comprador: Que compra.
- Cliente: Persona que compra en una tienda, o que utiliza con asiduidad los servicios de un profesional o empresa. Persona que está bajo la protección o tutela de otra.
- Consumidor: Persona que adquiere productos de consumo o utiliza ciertos servicios.
- Usuario: Que usa algo. (En Derecho) Dicho de una persona: Que tiene derecho de usar de una cosa ajena con cierta limitación.
- Superviviente: Que conserva la vida después de un suceso en el que otros la han perdido.
- Asegurado: Protegido de las consecuencias de un riesgo mediante un seguro.

Todos estos nombres se ajustan o describen las distintas situaciones en las que un individuo se halla ante la salud o ante la asistencia sanitaria: cuando busca atención médica o hace uso de las instalaciones sanitarias, al contratar una póliza de seguro médico en previsión y para estar protegido ante un problema de salud, o cuando ejerce los derechos o usa los servicios que ha contratado, o, también, cuando ha logrado sobrevivir a una enfermedad grave que es letal para muchos.

2.1. Cambios en la denominación

La terminología citada anteriormente demuestra que los cambios de denominación son ya una realidad y los motores de este cambio se pueden agrupar en (47, 48):

2.1.1. La búsqueda del paciente proactivo

El respeto a la autonomía del paciente empuja al abandono del paternalismo y proclama el fomento de la primacía de las preferencias del paciente y su empoderamiento y, por tanto, se propicia la búsqueda de paradigmas que impliquen una mayor participación de las personas en la gestión de su propia salud. Ya no es aquella persona receptora pasiva de cuidados sino alguien que participa activamente, que no escoge simplemente sino que exige lo que quiere, cómo y cuándo y que participa en el funcionamiento de la institución.

No obstante, esta capacidad de gestión de la propia salud puede ser solo aparente dado que se define, sobre todo, desde la salud pero, sin embargo, es difícil concebir cómo se gestionará en la enfermedad, debido a que la enfermedad merma la capacidad del individuo e, incluso, la anula o le obliga a delegar en terceras personas. Esta delegación puede ser programada por el paciente, cuando existen Voluntades Anticipadas, por ejemplo, o ser la establecida por la ley o la costumbre. De todas maneras que la persona sea vulnerable no significa que no pueda decidir o participar en la decisión: cada uno lo hará a su nivel y según sus posibilidades.

- a. En todos estos casos la persona será enfermo o paciente, pero también usuario porque utiliza los servicios sanitarios y, al mismo tiempo, consumidor obligado de recursos que no habrá comprado directamente pero que habrá pagado a través de los impuestos o de una póliza de seguros, y, también, será asegurado de su Compañía de seguros o habrá logrado ser superviviente de alguna enfermedad mortal pero, al final, enfermo de nuevo. Todos los términos conviven y expresan diferentes puntos de vista relacionados con el interlocutor y con el contexto desde el cual se habla (49). Y, además, los diferentes términos se asocian a roles distintos; enfermo y paciente dentro del ámbito de la atención y cuando los interlocutores son profesionales sanitarios; clientes y consumidores de productos sanitarios, para las compañías comerciales o para los gestores financieros; usuarios de los servicios sanitarios; compradores o tenedores de pólizas de seguros; y, al añadir ciudadano a la terminología, se suma el poder de acción colectiva.

Dentro de la atención sanitaria el fomento del paciente proactivo conlleva que los resultados de la relación médico-paciente deban ser vistos ya no desde la perspectiva del médico sino desde la del paciente. Los productos de la relación, tales como el diagnóstico o el procedimiento, dependen de la información que la persona aporta de manera subjetiva (a través de la anamnesis) y objetiva (por los antecedentes y el examen físico). Por lo tanto, el encuentro entre médico y paciente necesita del paciente y del médico y ambos son responsables de los resultados (50, 54).

- b. Esta perspectiva descrita se sustenta en valores tales como la democratización, el empoderamiento del usuario y el intento de equilibrar una relación asimétrica como la RMP. El cambio de orientación ha sido propiciado por los movimientos ciudadanos en defensa de los derechos de los enfermos o de las minorías, por el escrutinio al que son sometidas las actuaciones de los médicos y por la facilidad con que la información traspasa fronteras generando un fenómeno de contagio por el cual las nuevas ideas se extienden rápidamente de un país a otro.

2.1.2. La salud como un bien de consumo

La visión de la salud como un producto más del mercado transforma y, en algunos casos, anula el derecho a la salud y la convierte en una mercancía más y, por tanto, accesible a quien la puede pagar y, al ser convertida en producto de consumo, objeto aparente de opinión o de gusto. La

introducción de los términos relacionados con el mercado tales como cliente (poseedor de una póliza de seguro sanitario), comprador (de una póliza de seguros de salud) o consumidor (de productos sanitarios) son interesantes y halagadores porque afirman la capacidad de decisión y de elección de las personas pero, al mismo tiempo, engañan porque refuerzan la idea de que las indicaciones médicas deben plegarse a los deseos de quien financia la relación, personas o compañías aseguradoras, y no a la lógica de la enfermedad, del entorno en que se produce o de la persona a la que afecta.

En la bibliografía coexisten dos interpretaciones del consumidor: una es la de alguien empoderado, informado y que toma decisiones autónomas sobre su salud. La otra es la de un mero comprador de productos sanitarios y servicios (47). Una primera razón para oponerse a esta terminología es que los términos comerciales, aplicados a la relación, pueden llegar a ser perversos porque el mercado utiliza estrategias y técnicas capaces de modificar la opinión o de crear necesidades ilusorias que, de ninguna manera, se corresponden con la lógica de las enfermedades o de la Medicina. Una segunda razón importante contra esta terminología comercial es que los vendedores de servicios sanitarios no tienen obligaciones éticas de fidelidad hacia los compradores de servicios sanitarios y no están moralmente obligados a actuar según el mejor interés del cliente (48). Al contrario, prevalece la idea de que la responsabilidad es del comprador (*caveat emptor* en inglés). Estas percepciones negativas ante algunos términos las manifiestan los enfermos cuando expresan que prefieren ser nombrados pacientes en lugar de clientes, consumidores o compradores (47, 48, 49).

Por ejemplo, en una clínica canadiense (45) de atención a personas con cáncer de próstata, mama o con fracturas, a menos del 5% les gustaba el nombre de consumidor. Estos nombres comerciales arrastran una carga ideológica y ponen en entredicho la visión de la atención sanitaria como un bien financiado colectivamente cuyo acceso se regula por la necesidad y no por la voluntad de consumir.

2.1.3. Las denominaciones aparentemente neutrales

Huyendo de la idea de paciente, como ser pasivo, o del cliente-comprador, como agente activo pero al que no mueven los conocimientos de la medicina, se han buscado denominaciones aparentemente neutrales tales como actores o ciudadanos, que han tenido un éxito escaso. Los actores remiten a la economía (actores económicos) y los ciudadanos son los miembros activos de un estado, son titulares de derechos, con la obligación de someterse a las leyes y pueden estar enfermos o no, o ser pacientes o no (4). No obstante, al llamar al paciente, *ciudadano*, se evoca a un individuo capaz de actuar colectivamente (como miembro de asociaciones de enfermos que constituyen grupos de presión) y portador de derechos reconocidos legalmente (como el de rechazar un tratamiento o el de solicitar una segunda opinión).

Las alternativas al nombre *paciente* también añaden significados y referencias a escenarios diferentes que, aunque enfatizan la autonomía, mixtifican la RMP. La denominación de los que acuden a la consulta del médico como *clientes o consumidores* les atribuye una capacidad de decisión falsa o caprichosa ya que parece que no esté condicionada por la enfermedad y los conocimientos de la medicina sino por el arbitrio personal. Como se ha dicho, la idea de *paciente* originariamente describe una actitud pasiva, asociada a paciencia, pero este sentido literal no es el que se desprende de las preferencias de las personas encuestadas en la citada clínica canadiense (45) que lo prefieren frente a otras terminologías porque se aleja de las relaciones de mercado.

Ahora bien, hay que tener en cuenta que la situación es la que define cómo se nombra. La relación existente entre la Compañía de seguros médicos y el tomador del seguro sí que es de *cliente*, aunque en este caso, las obligaciones de la Compañía incluyen obligaciones éticas de los profesionales sanitarios.

Es adecuado llamar supervivientes a los que sobreviven a una enfermedad que en la mayoría de los casos lleva a la muerte. Aunque algunos nombres estigmatizan a quien los ostenta, ante la sociedad y ante ellos mismos. Superviviente se asocia a héroe (46) lo cual es un error porque sobrevivir a una enfermedad no es una heroicidad, es fruto de la conjunción entre oportunidad, la capacidad orgánica del individuo, el momento del diagnóstico y la eficacia del tratamiento. Aunque la denominación de estas personas como supervivientes puede ser útil para alguna de ellas porque les ayuda a sobrellevar la situación y crea un estigma positivo, como por ejemplo, el reconocimiento al sufrimiento experimentado durante el tratamiento, pero también desprende la imagen, falsa o no, de que están curados (46). En la sociedad el concepto de supervivencia también puede ser útil para cooperar en el cambio de percepción del cáncer como una enfermedad no necesariamente mortal sino como una enfermedad a la se puede sobrevivir. Esta denominación se usa en el contexto científico porque define al grupo de población que logra sobrevivir a una enfermedad mayoritariamente mortal.

La multiplicidad de nombres refleja la complejidad de la asistencia sanitaria y la cantidad de personas y profesiones que intervienen para prestarla. E igualmente refleja las distintas relaciones de poder dentro de la relación, por ejemplo: el *cliente* que puede cambiar de aseguradora médica o el *consumidor* que ejerce sus derechos de elección y de reclamación.

A lo largo de todo el trabajo voy a denominar a la persona que acude a los servicios sanitarios según el contexto aunque en general usaré la palabra *paciente* dado su uso generalizado, es el término que tiene menos implicaturas políticas y económicas.

3. ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LA RMP

El análisis cuantitativo de la relación proporciona datos sobre con qué frecuencia va el paciente al médico o bien con qué ritmo o a cuántos médicos visita. Los parámetros de análisis cuantitativo más usados son:

- a. La concentración, que significa la proporción de visitas a un médico determinado;
- b. La dispersión, que es el número de médicos consultados,
- c. La distribución de visitas a un determinado médico y
- d. La secuencia, que evalúa si el médico de la actual visita es el mismo que el de la visita anterior (12).
- e. Los tipos de consulta que se anotan, es decir, las que se producen en la consulta del médico, las domiciliarias, las urgentes, las telefónicas o las electrónicas.
- f. E igualmente cuáles son los profesionales a quién se consulta, si forman parte del mismo equipo, si son especialistas a los cuales acude el paciente remitido por su médico o si son consultas de enfermería que se responsabilizan de algún cuidado especial como la diabetes o la insuficiencia cardíaca.

- g. La continuidad que se mide teniendo en cuenta los parámetros que definen las diferentes formas de continuidad: la continuidad familiar cuando el mismo profesional atiende a todos los miembros de una familia; la continuidad geográfica cuando la asistencia siempre se presta en el mismo sitio, o la continuidad cronológica cuando la relación con el mismo profesional perdura. El carácter polifacético de la definición de *continuidad* (27) dificulta llevar a cabo estudios sobre este tema.

Los parámetros de análisis descritos se pueden obtener de los registros de actividad de las consultas y proporcionan datos cuantitativos sobre la actividad de los profesionales y sobre a quién consultan los pacientes pero, sin embargo, no revelan los valores, beneficios o inconvenientes que se producen o cuáles son los factores que contribuyen a generarlos ni tampoco si es conveniente fomentar la *continuidad* asistencial o las razones que subyacen en cada caso. Asimismo, tampoco aclaran cuáles son las presiones que soportan los protagonistas de la relación, por causa de la enfermedad, la prevención, las terapias o por la sociedad.

4. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

En cambio, a través de un análisis metodológico cualitativo centrado en las *experiencias* de los pacientes y en cómo ambos protagonistas, el paciente y el médico, estiman la RMP es posible ofrecer una primera explicación (2).

Aunque la respuesta es compleja, para facilitar el análisis, pueden considerarse dos criterios: el primero es conocer cuáles son los factores que vinculan al paciente a una consulta, es decir, aquellos que promueven la *continuidad* y la duración; y el segundo, saber cómo la relación se hace más profunda tanto en los aspectos humanos como en los profesionales⁶.

Ambos factores se retroalimentan ya que, por una parte, la experiencia personal del paciente en las consultas médicas influye en sus perspectivas sobre las futuras relaciones con los profesionales sanitarios; y, por otra, la duración de la RMP genera mayor conocimiento mutuo, experiencia que permite identificar a médico y paciente como personas, sin olvidar el entorno (25) donde se desarrolla la RMP.

Por tanto, el desarrollo y mantenimiento de la RMP significa *continuidad* y acumulación de *experiencia* del paciente en las consultas. Pero, aunque la *continuidad* es considerada por muchos uno de los pilares fundamentales de la atención primaria, resulta difícil de mantener en la práctica porque precisa que la organización y el sistema sanitario la considerasen un objetivo.

4.1. Definición cualitativa de la continuidad

Queda, pues, abordar la *continuidad* desde un punto de vista cualitativo y ver cómo sería posible medirla.

La *continuidad* asistencial es un concepto confuso porque, como ya se ha podido ver, se ha utilizado con significados distintos y con dos dimensiones. La primera, objetiva y medible, susceptible de ser analizada desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo. La segunda,

⁶ Estas dos cuestiones globales, a su vez, se subdividen en otras que ponen de manifiesto la complejidad. Ver referencia (34). Tabla: Tipos, dimensiones y atributos de la continuidad asistencial en el apartado 4.1. de la Primera Parte.

subjetiva y difícilmente medible, porque la *continuidad* engloba conceptos, profundamente relacionados, pero, a su vez diferentes entre sí (12, 31), como: la *experiencia* del paciente cuando siente, por una parte, que los cuidados se le ofrecen de manera coordinada e integral, que la circulación de la información se realiza sin obstáculos, que la comunicación es efectiva y, también, que existe *continuidad* interpersonal, flexibilidad y accesibilidad.

La *experiencia* del paciente, a través de la *continuidad* de la RMP, presupone que el número de profesionales que participan es el necesario, que todos los que participan en la relación forman un equipo que comparte la información anterior y la actualiza (*continuidad* en la información), que la atención está dirigida de manera unitaria (*continuidad* en la gestión) y que la relación entre el paciente y los profesionales se desarrolla y progresa de manera regular (*continuidad* de la relación interpersonal, 29). Estos tres tipos de *continuidad* los analizaré con más detalle en un apartado posterior (Ver apartado 4.8.).

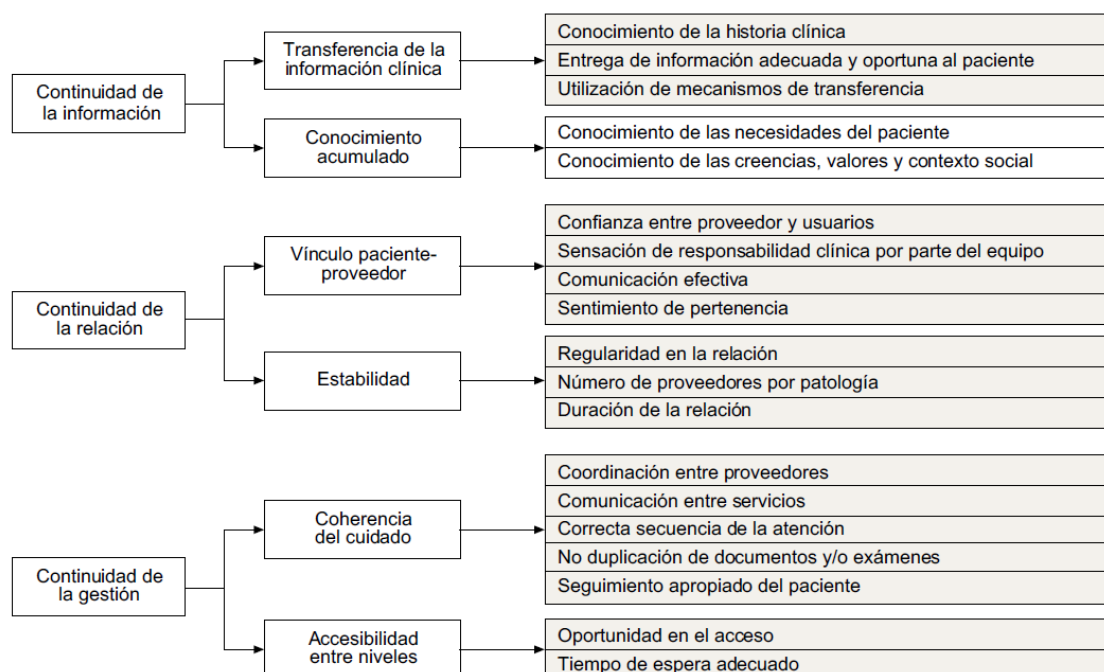


Tabla: Tipos, dimensiones y atributos de la continuidad asistencial según referencia 34

4.2. Obstáculos a la *continuidad*

Los obstáculos para mantener la *continuidad* se pueden agrupar en:

- a. Problemas de horarios y de su organización: Los servicios sanitarios han de cubrir las 24h del día y los 365 días del año para atender cualquier problema médico, urgente o no, agudo o crónico. Unas consultas ofrecen servicio sólo en horas de oficina y otras el resto de horas. Unas atienden pacientes crónicos en su mayoría y otras, a los que padecen enfermedades agudas. La necesidad de atención puede ser programada o necesita ser más o menos inmediata.

Resolver el problema de la planificación de los horarios de forma equitativa, responsable, respetuosa con la legislación laboral, con la conciliación familiar, con el deseo y exigencias de los trabajadores sanitarios, pacientes y sociedad es arduo, complejo y consume recursos de personal y equipamientos. De ahí que uno de los desafíos de la planificación sea la flexibilidad para poder aliar la *continuidad* a la accesibilidad, es decir, poder acceder al médico habitual con

la menor demora posible. En muchos sistemas sanitarios se opta por procurar accesibilidad casi inmediata aunque no sea el médico habitual, es decir, relegar la *continuidad* a un segundo plano.

- b. Problemas de accesibilidad o lejanía: La demanda de visitas a un médico puede crear una lista de espera demasiado larga que lo convierte en inaccesible, con lo que se bloquea el acceso de los pacientes cuya patología admite poca demora en la visita, o retrasa tanto las visitas de seguimiento que disminuyen la eficacia y la eficiencia. La lista de espera es una barrera para aquellos que no están dispuestos a esperar o no pueden y, por lo tanto, obstaculiza la relación médico-paciente.

La lista de espera está relacionada con el número de médicos disponibles y, por consiguiente, con los recursos invertidos aunque también con la pericia y el prestigio del profesional.

Otro obstáculo a la continuidad es la lejanía de la consulta porque puede desviar a los pacientes hacia otras más cercanas o accesibles. Y también porque está condicionada por el transporte hasta la consulta, la financiación del traslado, por la geografía y la climatología.

- c. Preferencia de los pacientes: No todos los pacientes consideran importante ser atendidos siempre por el mismo profesional, es decir, que algunos no consideran la *continuidad* como esencial y no les cuesta prescindir de ella. Además, la preferencia por la *continuidad* puede modularse en función de que la enfermedad sea aguda o crónica, o por la presión externa derivada del resto de tareas que realizan los médicos, y que no son propiamente la asistencia de los enfermos, las labores docentes o las administrativas, por ejemplo.
- d. La diversificación de la atención por profesionales que se ocupan de aspectos parciales, como, por ejemplo: las consultas de enfermería de diabetes, insuficiencia cardíaca, etc. Aunque, en estos casos, la *continuidad* se manifiesta de dos maneras: a) la gestión de la enfermedad por parte de un médico entre cuyas funciones está actuar como director de la asistencia, y b) la transmisión de la información a todos los que participan en la atención, es decir, que la información sobre el paciente esté disponible allá adonde vaya.
- e. Preferencias del médico: sin tener en cuenta los motivos económicos, los médicos prefieren atender a un tipo de enfermo porque la patología les parece más interesante, por comodidad frente a lo que conocen bien o por cualquier otra razón legítima.
- f. Preferencias de la institución: las instituciones monográficas no pueden ofrecer una asistencia integral por razones obvias aunque, a cambio, ofrecen una dedicación más profunda de una patología concreta. A menudo las instituciones distribuyen las consultas sin tener en cuenta al paciente, las cambian de lugar, cambian a los profesionales o cambian la planificación de la asistencia.
- g. Por motivos económicos: pago por resultados (incentivos) que inducen a los profesionales a atender a unos pacientes determinados en detrimento de otros.

4.3. Beneficios de la inversión en *continuidad*

A pesar de todos estos obstáculos, por qué tiene sentido, cuando lo tiene, fomentar la *continuidad*, exceptuando las situaciones urgentes o las preferencias individuales. La respuesta se puede abordar desde dos perspectivas.

La primera perspectiva es desde los beneficios: si se demuestra que a través de la *continuidad* se obtienen beneficios para los pacientes, los médicos o las instituciones (13). Estos beneficios pueden ser evidentes para unos y no para el resto.

- a. Para el paciente: expresa mayor *satisfacción* por la asistencia prestada, es más probable que reciba los cuidados de prevención oportunos (vacunación, despistaje de enfermedades, consejos sobre estilo de vida, etc.) y que haga un uso adecuado de los servicios hospitalarios y de los servicios de urgencia (19), le proporciona seguridad, hace que se sienta comprendido y valorado como persona y fomenta la confianza en el profesional.
- b. Para el médico: se implica más en la atención, se siente responsable de la situación, hace un uso más eficiente de los recursos y aumenta la satisfacción profesional (14).
- c. Para el sistema sanitario: mayor eficiencia en el uso de los recursos, mejores resultados en términos de salud y en el consumo de recursos económicos (14, 15).

La segunda perspectiva es abordarlo desde las preferencias: qué quieren los pacientes, los médicos o las instituciones.

La *continuidad* relaciona el tiempo que dura la RMP y el número de visitas al mismo médico. Cuando se habla de *continuidad* se hace referencia a tres conceptos interrelacionados que expresan situaciones que cabalgan entre sí: la relación personal entre paciente y profesional, la comunicación entre proveedores de salud y la cooperación y coordinación entre ellos (31). La perdurabilidad de la RMP no es condición suficiente para que la relación sea terapéutica, entendiendo por terapéutica la que consigue los beneficios que se han mencionado anteriormente. Para que lo sea, es necesario que el paciente la experimente como tal y que el médico se involucre (16, 18). La *continuidad* es una de las bases del tratamiento personalizado que, para los pacientes no tiene siempre la misma importancia, la adquiere en relación al tipo de problema médico o psicológico. En los casos agudos y de fácil resolución no ser atendido por el médico habitual no se considera lo más importante, como tampoco lo parece en los casos embarazosos en los cuales el paciente teme que la relación personal con el médico resulte dañada. En cambio, para los casos complejos, largos o graves, los pacientes sí prefieren una relación personal (16, 18).

4.4. Factores que contribuyen a establecer la continuidad

Cómo se establece la *continuidad* y cuáles son los factores que contribuyen a ello:

- a. La organización que financia la RMP ha de poner los medios para que la *continuidad* sea posible.
- b. La secuencia en las consultas es una expresión de *continuidad* y colabora en la construcción de la RMP terapéutica.
- c. Pese a que la *continuidad* es un elemento fundamental para establecer una relación personalizada, el paciente prefiere mantener una cierta capacidad de elección y tolera que no todas las visitas las realice su médico (13). Una enfermedad de carácter agudo y de fácil resolución o una enfermedad embarazosa son casos en los cuales no es importante que el médico no sea el habitual. En cambio, en situaciones graves, largas o complejas la preferencia suele ser clara y los pacientes están dispuestos a aceptar ciertos obstáculos.
- d. En las consultas sucesivas hay dos perspectivas. La del paciente que aprende a conocer a su médico, de detectar si es capaz de cumplir sus expectativas y de satisfacer sus

necesidades. Y al mismo tiempo, el médico acumula conocimientos sobre el paciente. La suma de ambas experiencias, la del paciente y la del médico, es un factor que, como se ha dicho anteriormente, promueve la *continuidad*.

- e. La accesibilidad del profesional o de la consulta ayuda a fidelizar a los pacientes pero no es determinante. La edad o el sexo del profesional son importantes en los comienzos de la RMP ya que permiten identificarse con el otro más rápidamente, pero a la larga pierden importancia.
- f. La actitud del médico es un factor capital (2, 16, 21). La afinidad entre médico y paciente, la confianza o sentirse único, no uno más, son componentes relevantes para mantener la *continuidad* (271). Los pacientes quieren que el médico demuestre interés, escuche, explique con claridad, sea una persona abierta a las discusiones y aspiran a sentirse involucrados en la toma de decisiones y, al mismo tiempo, conservar la facultad de prescindir de ese derecho.

El tiempo dedicado a cada persona es una cuestión muy apreciada por los pacientes que quieren tener la sensación de que podrán expresarse cómodamente y que el médico tendrá un espacio temporal suficiente para dedicarles.

Hay que considerar, también, que las funciones que no son la atención a los pacientes (labores administrativas, enseñanza, etc.) pueden ocupar parte del horario laboral en detrimento del tiempo dedicado a la atención, lo que juega en contra de la *continuidad*.

- g. La tecnología, como los ordenadores, puede erigirse en una barrera ya que obligan al médico a estar pendiente de una pantalla para actualizar los datos de la historia clínica, para solicitar exploraciones complementarias o emitir el tratamiento. E impiden el contacto visual que es un aspecto fundamental de las relaciones de confianza⁷.
- h. Los resultados de la RMP, es decir, el diagnóstico, el tratamiento o la *satisfacción*, más la opinión de familiares y amigos, contribuyen al mantenimiento de la RMP. Un mal resultado como un error diagnóstico o de tratamiento puede destruir la RMP ya que cuestiona la pericia y la confianza hacia el profesional. Aunque en una RMP larga y estable, es decir, una relación con *continuidad*, el paciente tolera mejor ciertos errores, probablemente porque el paciente juzga la RMP como un todo.
- i. Una RMP larga genera seguridad en los pacientes puesto que se apoya en la confianza en los profesionales y en que se conocen las reglas del juego (límites, accesibilidad, conocimientos...).
- j. La financiación del acto médico es un elemento que, en ocasiones, como en la medicina privada, puede ser capaz de crear entornos amigables, que predisponen positivamente al paciente y familiares para la *continuidad*; pero, al mismo tiempo, convierten los productos sanitarios en un componente de consumo.
- k. Como se ha visto algunos factores que favorecen la *continuidad* dependen del médico, por ejemplo, la capacidad de comunicación. En cambio, otros vienen impuestos por la organización, como el tiempo de visita, o por la sociedad, como la financiación del acto médico.

⁷ Los aspectos relacionados con la tecnología los detallaré más adelante (Ver apartado 4.10. de la Primera Parte)

4.5. Factores que contribuyen a profundizar la RMP

La duración de la RMP y la experiencia en las consultas de los médicos son, como hemos dicho, los dos factores que contribuyen a profundizar la RMP, es decir, hacer la RMP más valiosa para el paciente y que tenga un mayor interés en mantenerla. Ambos factores, duración y experiencia, también son importantes para que el médico valore la relación y contribuyen a generar empatía hacia el paciente. La duración y la experiencia son, por tanto, necesarias para que la RMP evolucione. Las relaciones interpersonales entre el paciente y el profesional sanitario y de los profesionales entre sí crean un clima amistoso y facilitan que el paciente se sienta identificado como una persona y, en consecuencia, como alguien único, que participa en una estructura que él ayuda a mantener y en la que se acumula y se atesora la propia información médica relevante (16, 26), en ese sentido es muy ilustrativo lo que dijo una paciente de 41 años: “Mi vida entera está en esos archivos” refiriéndose a su historia clínica en una consulta médica⁸.

De acuerdo con lo analizado hasta ahora la *continuidad* puede ser definida como:

- una experiencia individual, entre un paciente concreto y un profesional concreto, gracias a la cual se crea y prospera o se deteriora la relación,
- que posee un carácter multidisciplinar, ya que engloba la comunicación con otros proveedores sanitarios y que por lo tanto es transversal y multidimensional, y
- que necesita flexibilidad para adaptarse en el tiempo y a distintas circunstancias, ya que es dinámica, y precisa accesibilidad para atender las necesidades sanitarias de los pacientes (31).

En estas circunstancias, cuando el paciente va al médico, no ha de empezar de cero.

Los propios pacientes destacan cuatro elementos que se pueden considerar valores para el paciente (2) y que contribuyen y explican como la RMP deviene más profunda:

- a. El conocimiento personal ha de ser mutuo, pero es el paciente quien debe sentirse entendido y comprendido (3). En los sistemas que facilitan la libre elección del médico los pacientes, cuando pueden, seleccionan cuál es el médico que mejor se adapta a su médico ideal, a través de un proceso dinámico en tres etapas. La fase inicial de búsqueda y prueba entre diferentes profesionales; una segunda etapa, en la cual se intenta validar la opinión ya formada buscando la opinión del entorno, de familiares y amigos; y la tercera etapa, en la que se establecen los límites de la relación, los roles y la relación de amistad personal (3). Este análisis descriptivo se obtiene de un estudio que incluye solo a 27 pacientes (9 hombres y 18 mujeres) frecuentadores de los servicios médicos. El reducido número de personas incluidas no permite extrapolar sin más los resultados, pero sí que puede ser visto como la ilustración de que los pacientes son activos y buscan cuál es el modelo que mejor se adapta a sus expectativas. Esta búsqueda es dinámica porque la consolidación de la RMP es fruto de la interacción entre paciente y médico y enfermedad. El fortalecimiento de la relación suele ser fruto de una relación larga, unas veces se consigue antes y, otras veces, no se consigue nunca. El conocimiento personal crea un sentimiento de saberse comprendido que se manifiesta en el lenguaje (*mi* médico, *mi* paciente) y genera una sensación de historia compartida que el paciente valora mucho (4). El médico acumula un tipo de información que no se refleja en la historia clínica y

⁸ Citada en la referencia bibliográfica 276.

que, para el paciente, es importante, que facilita una atención más holística y le proporciona seguridad. No obstante, la *continuidad* también tiene riesgos, la relación puede convertirse en rutina, hacerse acomodadiza, persistir en omitir un diagnóstico inadvertido al principio o a no buscar segundas opiniones (274).

Como la dinámica que se establece entre el paciente y la asistencia sanitaria nace de las expectativas de este en relación con la organización y con los profesionales de la sanidad, presuponiéndoles competencia profesional, fidelidad y lealtad hacia los pacientes, es normal que use estos postulados en su primer encuentro con la asistencia sanitaria o en los encuentros ocasionales. Sin embargo, en los encuentros repetidos con el mismo profesional, el paciente va sumando sus *experiencias* a las expectativas iniciales y anticipando cómo serán los encuentros futuros y qué esperar del profesional. Este proceso dinámico de interacción del paciente con la atención sanitaria y de ésta con el paciente, que mezcla expectativas con resultados y con la *experiencia* personal, construye la RMP y la hace valiosa para el paciente. También debería serlo para la organización sanitaria y el profesional ya que se traduce en mejores resultados en cuanto a *satisfacción*, adherencia al tratamiento y a los consejos médicos, y a la eficacia percibida de los cuidados (273).

La organización sanitaria, sin embargo, no siempre valora la *continuidad* y antepone la accesibilidad por varias razones:

- razonando que el diagnóstico precoz evita problemas y gastos futuros,
- o que así elude litigios derivados del retraso de la asistencia,
- o, simplemente, por la cultura del cajero automático: “lo quiero aquí y ahora y si es impersonal da igual”,
- u orientando la atención hacia un equipo cuyos miembros pueden intercambiarse.

Que la administración sanitaria opte por la accesibilidad supone, por tanto, propiciar encuentros únicos entre paciente y médico en los que el paciente no puede basarse en la confianza en el profesional sino en la confianza en la profesión, que no establecen vínculos de cooperación presente o futura y que tienen pocas probabilidades de originar beneficios en el futuro o, de hacerlo, reposarán solo en la voluntad del paciente y no en la colaboración entre paciente y profesional.

Podemos avanzar, por tanto, que la *continuidad* no solo se basa en las *experiencias* pasadas, ni tiene solo una dimensión en el futuro que hace posible establecer vínculos de coordinación entre paciente y médico, lo cual ya es motivo para destacar su importancia en la asistencia sanitaria, sino que, además, debe acompañarse necesariamente de los valores antes citados: competencia profesional, fidelidad y lealtad, respeto de la autonomía y de la intimidad, y honestidad.

Por otra parte, los encuentros únicos no permiten construir una relación de confianza, lo cual enlaza con el siguiente apartado b).

- b. La confianza es un valor más genérico y, en principio, no necesita una relación larga. La confianza en el médico se beneficia de la confianza en la medicina en general y también de la confianza en la institución y en el sistema sanitario (60). También se basa en los conocimientos de medicina que se le suponen y en la confianza moral ya sea porque es una persona conocida o por ser médico, profesión en la que la sociedad deposita su confianza. A pesar de ello, la noción de confianza es personal, va ligada a una persona y

no tanto a una institución, aunque las instituciones gozan del atractivo que les da el prestigio (técnico, social) que a su vez genera confianza (3). La confianza⁹ incluye la experiencia en el sistema sanitario y la experiencia con el propio médico y se construye valorando aspectos alejados entre sí como, por ejemplo, la celeridad para tomar algunas decisiones, o derivar al paciente a un especialista, o reconocer los límites de los propios conocimientos. Entre los valores que expresan los pacientes destacan la honestidad y la mentalidad abierta. Para describir estos valores los pacientes usan diferentes términos como *confianza, justicia, seguridad o competencia*, que incluyen la idea de que el médico cree lo que dice el paciente y de que sus síntomas se toman en serio.

- c. La lealtad se define como un contrato de acuerdos entre paciente y médico. Está relacionada con la duración de la RMP. Para el paciente, la lealtad hacia el médico es su propia preferencia hacia ese médico en particular. Para el médico, la lealtad tiene que ver con la defensa de los intereses del paciente frente a otros intereses en juego. La enfermedad también determina ese sentimiento de fidelidad: para los problemas graves o crónicos los pacientes, como se ha dicho, prefieren que sea siempre el mismo médico, sin embargo, para problemas poco importantes y de fácil solución, no manifiestan preferencia. Los pacientes también expresan la lealtad a un profesional aceptando inconvenientes tales como: lejanía de la consulta, demora para obtener cita, personal de la consulta poco amigable, etc. La construcción de la lealtad por parte del paciente es compleja y polifacética, tiene la confianza como condición necesaria y suficiente, y se refuerza gracias a las habilidades de comunicación del profesional, como, por ejemplo, la capacidad para escuchar, o por el interés que el médico muestra hacia el paciente o por la calidad de los cuidados (5, 16, 276).

A título de ejemplo, en Francia, la ley de agosto 2004 de reforma del seguro de salud implantó una nueva organización de la asistencia sanitaria en la cual los pacientes que quieran una cobertura óptima por parte del servicio nacional de seguro sanitario deben escoger un médico de familia que coordine las consultas con los especialistas. Esta figura de médico central prima la *continuidad* en las tres formas (relación personal, dirección o gestión e información) y, en consecuencia, se supone que fomenta la lealtad aunque la *continuidad*, por ella misma, no sea un elemento suficiente para garantizarla ya que hay que considerar las expectativas que el paciente pone en la RMP, las expectativas del médico y qué puede ofrecer al paciente (276).

No obstante, no se ha demostrado que la lealtad, en el sentido que expresan los pacientes y los médicos, sea sinónimo de buena asistencia.

- d. La consideración del médico hacia el paciente es el aspecto más afectivo de la RMP. Se refiere a la percepción que tiene el paciente de la preocupación del médico por la salud y el bienestar del paciente. El respeto del médico hacia las opiniones, deseos y preferencias del paciente debe ser incluido en este apartado. (3)(4)

Lo que los pacientes han llamado *lealtad* (5, 20) es, en realidad, su elección de la *continuidad* en la asistencia con el mismo profesional médico y expresa la duración temporal de la RMP, en régimen ambulatorio, con una frecuencia de visitas suficiente como para que el profesional asuma la responsabilidad de la salud básica del paciente y, también, el manejo del resto de problemas de

⁹ Otros aspectos de la confianza se tratarán en un capítulo posterior, Segunda Parte 1.3.

salud y necesidades de cuidado, creando una RMP cuya consecuencia a destacar es que se extiende más allá de los períodos de enfermedad (8, 20).

El número necesario de visitas por año para establecer esta relación “privilegiada” (porque aporta mejores resultados de salud y una disminución de la mortalidad), no está definido ya que, aunque un número de visitas mínimo sí parece necesario, la clave está en la asunción de la responsabilidad de la salud por parte de un médico.

Para valorar los resultados de la *continuidad* en términos de salud se usan intervalos de tiempo limitados, que van desde seis o doce meses a algunos años, hay que tener en cuenta que la frecuencia de visitas durante ese intervalo puede ser un dato ambiguo ya que un número muy elevado (>9-10 en 6 meses) lo más probable es que signifique que el paciente padece numerosos problemas de salud, lo cual afecta a la mortalidad o, al contrario, un número pequeño puede significar un buen estado de salud o un paciente poco atento a su estado de salud.

4.6. Beneficios que aporta la continuidad

La bibliografía destaca los aspectos que se refieren a los beneficios que aporta la *continuidad* en la asistencia y que son:

- a. La profundización de la RMP (2).
- b. En términos de salud: provisión de servicios preventivos, seguimiento de las instrucciones médicas, satisfacción del paciente y del médico, reducción del número de hospitalizaciones, reducción de la incapacidad y/o de la mortalidad.
- c. En términos económicos: hospitalización, visitas a los servicios de urgencias y costes de la asistencia (14, 15).

Tal como está recogido en la bibliografía los pacientes usan el término *lealtad* para describir la duración de la RMP, término que al expresar un valor moral apunta hacia la dimensión ética también de la *continuidad* (9, 21), sustentada en los valores citados anteriormente, además del significado temporal. Esta última, se prolonga, no solo por la medicina preventiva (vacunas, cambios en el estilo de vida) sino porque para el paciente, el profesional “seguirá siendo *mi* médico” y para el profesional el paciente “seguirá siendo *mi* paciente”.

En una encuesta realizada en la Clínica Mayo en Minnesota y Arizona a 192 pacientes atendidos en sus servicios (21), se les preguntó cuáles eran las mejores y peores experiencias que habían vivido con los médicos de la institución. Las respuestas hacían referencia más a las habilidades de comunicación, es decir a las cualidades morales de los médicos, que a las habilidades técnicas. La descripción que hacen los pacientes ayuda a configurar un médico ideal cuyas cualidades serían: ser generador de confianza y seguridad, empático, humano, considerado, franco, respetuoso y riguroso. Esto no quiere decir que las habilidades técnicas no sean importantes o que los pacientes no las valoren, sino más bien que son más difíciles de apreciar para los profanos o que se supone que *a priori* siempre están presentes basándose en el prestigio de la profesión o de la institución.

A través de entrevistas dirigidas y analizando las respuestas desde un punto de vista fenomenológico, centrándose en la *persona* como alternativa a *paciente* para conseguir una visión más integradora y global, Geva Greenfield *et al* (26) hallan seis temas que consideran los ingredientes de la atención centrada en la *persona*:

- a. *continuidad* de la asistencia,
- b. holismo,
- c. personalización,
- d. prestar atención,
- e. compasión, y
- f. potenciar el empoderamiento.

La *continuidad* en los Servicios de Salud mental y en Pediatría no es igual que en la atención a los adultos y no se va a considerar en este trabajo ya que precisan un abordaje más monográfico.

4.7. Tres formas de continuidad

Algunos pacientes necesitan ser atendidos por diferentes especialistas. En estos casos la experiencia de *continuidad*, por parte del paciente, es igualmente importante porque proporciona seguridad y confianza en el sistema y en los profesionales y porque, además, se proyecta en el futuro. La definición de *continuidad* en estos casos, respecto a la elaborada hasta ahora, ha de variar necesariamente e incluye la experiencia de servicios interconectados, de atención coherente y consistente con las necesidades y circunstancias personales (17, 19, 20, 28, 29*).

Este ejemplo de *continuidad* interpersonal tiene especial importancia en la medicina de familia y en la atención de pacientes con múltiples patologías (paciente pluripatológico) (89). Para que el paciente experimente esta interconexión es necesario:

- La *continuidad* de la información, que quiere decir que la información se transmite adecuadamente, teniendo en cuenta el presente y el pasado, que esta información se utiliza para tratar el problema actual y que estará disponible en el futuro para seguir tratando al paciente. Una parte de la información, la relacionada con las enfermedades del paciente, está escrita en la historia clínica. Otra parte se refiere a las preferencias del paciente, a sus valores y a sus circunstancias y, aunque no suele estar en la historia clínica, es información relevante que está en la memoria de los profesionales que han atendido al paciente, es un valor añadido que aporta la continuidad personal, y es importante, también, poder transmitirla.
- La *continuidad* en la gestión significa que los especialistas que intervienen están coordinados entre sí de manera que la atención prestada es la oportuna. De esta manera se consigue que el paciente se sienta seguro y pueda predecir cuál es el paso siguiente. Esta forma de *continuidad* se suele centrar en problemas de salud específicos, en particular, en problemas crónicos. La *continuidad* debe ser flexible y adaptarse a las necesidades de los pacientes.
- La *continuidad* en la relación interpersonal entre el paciente y diferentes profesionales reconoce la importancia del conocimiento personal, se desarrolla en el tiempo de forma continua, lo que evita precisamente la discontinuidad.

Es obvio que dividir la *continuidad* en tres formas es un artificio para entenderla mejor ya que las tres se solapan entre sí, pero se puede resumir que la *continuidad* es una experiencia individual, del propio paciente que le proporciona una visión transversal, que no se refiere a la calidad técnica de la atención sino al puente que une la atención de un proveedor sanitario con la del anterior y la del siguiente.

4.8. La continuidad y las instituciones

Las políticas de las instituciones ordenan y normativizan la *continuidad* asistencial o, al contrario, la interrumpen o la fragmentan.

Los informes de alta, el acceso a la historia clínica o la atención a algunas patologías crónicas, como la diabetes o la insuficiencia cardíaca o el cáncer, son ejemplos (17) de enfermedades en las que intervienen diferentes profesionales que necesitan estar informados y coordinados, y derivar toda esa información a un médico responsable, director o gestor del caso, que no tiene por qué ser uno de ellos, pero que sí tiene contacto con el paciente y goza de su confianza (20).

El vehículo entre todos ellos es el paciente que, además, es el observador/ supervisor de todas esas transacciones de las cuales él es el sujeto y de cuya experiencia obtendrá una opinión/ juicio. La *continuidad*, que, como hemos ido viendo, es un concepto (29) ambicioso e incluyente, engloba tanto las *experiencias* del paciente como las del proveedor sanitario:

- El acceso adecuado a la atención sanitaria por parte de los pacientes,
- las habilidades de comunicación de los profesionales,
- el buen flujo de la información entre los profesionales y las organizaciones sanitarias, y
- la buena coordinación de la atención entre los proveedores para mantener una atención coherente.

En este punto cabe destacar que un objetivo esencial de la política sanitaria debería ser articular la discontinuidad e involucrar al paciente, es decir, incluir la accesibilidad dentro de la *continuidad*.

Al incluirla se potencia una flexibilidad que facilita y aproxima la atención sanitaria al paciente y que consigue eliminar la dualidad entre acceso y *continuidad* (35, 36, 61, 69) ya que la *continuidad* no debe mantenerse a expensas de un acceso inadecuado y la accesibilidad no debe primar sobre la *continuidad*, salvo en algunas circunstancias como las situaciones urgentes. Aunque incluso en estas, la *continuidad* de la información es fundamental para optimizar la asistencia, necesaria para el médico que atiende en ese momento al paciente y para que la información llegue después al médico responsable del paciente.

El acceso a la atención sanitaria necesita varias condiciones para que sea posible, equitativo y no sea discriminatorio:

- a. Condiciones físicas: I. Un local equipado adecuadamente donde llevarla a cabo; II. Habilitar las visitas a domicilio cuando sean necesarias; III. Contemplar los desplazamientos desde y hasta el centro teniendo en cuenta la dificultad de movilidad de algunas personas; y IV. El número de médicos disponibles.
- b. Oportunidad/ Puntualidad: I. Cita previa; II. Sin cita previa; III. Horario de apertura adecuado y satisfactorio para los usuarios del centro; IV. Atención fuera del horario de apertura; y V. Servicio de información
- c. Elección del profesional por parte del paciente. La *continuidad* es especialmente importante cuando se necesita la participación activa del paciente, como por ejemplo en la atención a las enfermedades crónicas tales como la diabetes o la insuficiencia cardíaca (28).

4.9. El paciente y la continuidad

A continuación voy a destacar cómo viven los pacientes la *continuidad*:

- Los pacientes expresan la *continuidad* en forma de sensaciones, positivas o negativas. Las positivas son la confianza, la seguridad o el apoyo por parte del sistema. Las negativas, son incertidumbre, inseguridad, vulnerabilidad, desconfianza, pérdida, etc. Estos sentimientos negativos alejan al paciente del sistema sanitario y pueden ser la causa de que lo abandone, abandono que tiene consecuencias para el paciente (progresión de la enfermedad, discapacidad, muerte) y para la sociedad (diseminación de la enfermedad, pérdidas humanas).
- La *continuidad* integra el sistema sanitario en la vida del paciente porque le ofrece coherencia entre la vida diaria condicionada por la salud y el sistema sanitario que cuida de ella lo que establece, a su vez, de nuevo *continuidad* en la propia vida del paciente.
- El papel del paciente como agente activo frente a su enfermedad también se ve potenciado por la *continuidad*, aunque, como hemos dicho anteriormente, algunos pacientes no la necesitan para ser muy activos y otros no lo consiguen a pesar del apoyo (por el nivel educacional, por desorientación frente al sistema o frente a la enfermedad, etc.).
- La *continuidad* involucra a los médicos y a las instituciones porque debe haber coordinación interprofesional que, para el paciente, solo es visible cuando falla. Los fallos se manifiestan como informaciones discordantes (fallo de la *continuidad* de la información, desconocimiento de lo que ha dicho/hecho otro médico, desconocimiento de la historia clínica anterior) o confusión en el grado de participación y responsabilidad de cada uno de los profesionales que intervienen (fallo de la *continuidad* en la gestión o en la relación interpersonal, quién es el médico consultor, quién el responsable, quién es *mi* médico en definitiva).
- Para los pacientes activos, la *continuidad* también implica participar en todas las decisiones sobre su salud, sobre el diagnóstico o el tratamiento y sobre los planes de futuro ya que la información les faculta para tomar decisiones y seguir guiando su vida, es decir, para ejercer la autonomía. Evidentemente la importancia de la *continuidad* varía en función de la enfermedad, creciendo ante las situaciones graves o en los pacientes con múltiples patologías.
- Los planes de tratamiento del paciente deben ser compartidos entre todos los médicos que participen y deben de ser coherentes y realistas con el paciente que debe entenderlos y poder llevarlos a cabo.
- Un médico responsable de la atención en quien depositar la confianza y que actúe en beneficio del paciente. Este médico puede variar durante el curso de la enfermedad, empezar siendo el médico de familia y luego cambiar a un especialista ambulatorio o en el hospital y acabar regresando al médico de familia. La atención a los pacientes que sobreviven al periodo agudo de la enfermedad cancerosa es un ejemplo que desarrollaré en un apartado posterior. El médico responsable de la atención¹⁰ no solo dirige o coordina la atención sino que también guía al paciente en el mundo medicalizado.

¹⁰ Médecin traitant en el ejemplo de Francia o Médico tratante en Colombia

- Aun siendo una experiencia personal, para los gestores la *continuidad* representa un desafío ya que debe beneficiar a cualquier paciente (19). En el contexto actual la *continuidad* no es tarea fácil debido a la dispersión de las consultas en diferentes edificios, dentro de centros hospitalarios gigantescos, con las labores administrativas realizadas por diferentes empleados que citan o dan curso a las peticiones en persona, por teléfono o a través de citación electrónica (44), atendiendo a todo tipo de pacientes, algunos analfabetos, analfabetos electrónicos, con problemas de movilidad, audición o visión, con distintos niveles de capacidad intelectual, sin recursos económicos para desplazamientos o para la medicación, sin recursos culturales frente a la enfermedad o a la tecnología, o sin recursos familiares o sociales para el cuidado. El acceso a la *continuidad* de la asistencia sanitaria ha de tener en cuenta todo tipo de pacientes:
 - I. Los nuevos, es decir, los que acceden por primera vez y desconocen el sistema y a los profesionales,
 - II. Los que padecen enfermedades crónicas o graves,
 - III. Los desfavorecidos económicamente, culturalmente o con deficiencias sensoriales, de movilidad o intelectual

En resumen, a todos los conceptos y matices que se han ido sumando a la definición de *continuidad* a lo largo de la exposición previa hay que añadir que la continuidad es uno de los resultados de la RMP, un producto final que se renueva en cada acto médico, igual que el diagnóstico o el tratamiento, y que aporta una dimensión humana a la RMP. La *continuidad* es un valor básico en asistencia primaria y también lo es en la asistencia especializada o en la asistencia hospitalaria.

La evidencia de la importancia de la continuidad y de los beneficios que aporta a la atención sanitaria proviene de áreas geográficas muy alejadas entre sí, Australia, Europa (sobre todo el Reino Unido, Holanda, los Países Escandinavos y Francia) y los EEUU. Estos hallazgos se mantienen a través de diferentes sistemas sanitarios, lenguas, naciones y continentes (24) aunque con diferencias relacionadas con el entorno social y cultural, como ocurre en el sudeste asiático.

4.10. Las nuevas tecnologías de comunicación aplicadas a la RMP

Las nuevas tecnologías de comunicación ocupan un espacio cada vez mayor en la asistencia sanitaria como herramientas para ofrecer y recabar información sanitaria, simplificar o facilitar las labores administrativas, orientar a los usuarios, comunicarse con los pacientes o acceder a los profesionales. Los portales sanitarios de los servicios de salud o de las compañías de seguros (Facebook, Twitter, correo electrónico, mensajes de texto, mensajería instantánea u otras aplicaciones) son usados con más o menos intensidad según el país, la edad o los recursos informáticos de cada uno.

Las nuevas tecnologías de comunicación sitúan al ser humano en una encrucijada en la cual su espacio personal se ve invadido por llamadas y mensajes de personas físicamente distantes. La RMP es una relación interpersonal y, por lo tanto, el médico está sometido a las mismas presiones e interpelaciones que el resto de la población más las relacionadas con su profesión. A través de las nuevas tecnologías de la comunicación se crean nuevas vías de acceso a los médicos y a los pacientes, de modo que la tecnología contribuye a la continuidad interpersonal además de ahorrar tiempo de consulta (las consultas telefónicas son más cortas que las presenciales) y desplazamientos. Médicos y pacientes son accesibles a través del correo electrónico, de los mensajes de texto al teléfono y a través del propio teléfono celular. El correo electrónico y la

mensajería instantánea lo usan médicos y pacientes, es prácticamente ubicuo, permite un acceso casi inmediato, las respuestas se pueden programar y, además, permite adjuntar archivos de texto e imagen. No solo facilitan la consulta del paciente al profesional sino que también son útiles para la consulta entre profesionales. Las llamadas al celular son más invasoras ya que distraen y acaparan la atención y son menos programables aunque médicos y pacientes prefieren facilitar el número del teléfono celular a facilitar la dirección de correo electrónico (278, 280, 281). El uso que hacen los pacientes de uno u otro medio es distinto, así como el horario de uso. Para las consultas urgentes prefieren el teléfono y para el resto usan el correo. Los pacientes valoran positivamente estas iniciativas que juzgan como una manifestación de aprecio y confianza que además les proporciona seguridad (278). En Europa el uso del correo electrónico entre pacientes y médicos es variable, hay estudios que muestran 19% en Francia o 51% en Dinamarca. En el cantón de Ginebra (Suiza), en 2013, el 72% de los médicos de atención primaria facilitaba el correo electrónico propio a sus pacientes, y el 70% el número del teléfono celular (277). Los mensajes de texto lo usan, sobre todo, las organizaciones para comunicarse con los pacientes.

La comunicación a través de estos nuevos medios no está regulada y los profesionales tampoco suelen establecer reglas con los pacientes o con las organizaciones que los emplean. Estas son las principales reflexiones negativas que recoge la bibliografía:

- a. Dejan el buen uso a discreción del paciente, lo cual puede generar abuso o uso indebido,
- b. Interfieren en el trabajo del médico, por ejemplo, restan tiempo a las visitas presenciales,
- c. Aumentan el riesgo de error médico. No solo no permite la observación del paciente sino que, además, la comunicación escrita a través de los servicios de mensajería o de las redes sociales es incompleta porque no incluye los matices que expresan las inflexiones de la voz y la pronunciación ni el lenguaje corporal no verbal o la posibilidad de realizar preguntas aclaratorias (282) ,
- d. No se establecen las normas de confidencialidad,
- e. No se crean los criterios de facturación de esa actividad,
- f. No se crean los criterios de calidad de las respuestas.

No obstante, a pesar de que, intuitivamente, parece que el correo electrónico es útil para transmitir información a los pacientes ya que es fácil y casi ubicuo, no hay evidencia científica sólida para decir que, gracias a la información enviada, los pacientes modifican su comportamiento (279). Probablemente es útil para el trabajo de los profesionales porque, en el caso de los protocolos por ejemplo, después de recibir un correo recordatorio, aumenta su seguimiento (279). Estos resultados proceden de un estudio llevado a cabo en 2006 en los EEUU ya que no hay ningún otro más reciente. Desde entonces han transcurrido muchos años y la tecnología ha cambiado, han aparecido los teléfonos inteligentes y se ha difundido más el uso de internet. Otra limitación del estudio está en que se ha llevado a cabo con la bibliografía de un país con un determinado sistema sanitario.

4.11. La perspectiva del paciente

En la actualidad la tendencia en la sanidad es la atención centrada en el paciente, cambio de perspectiva que lo involucra en la RMP de manera más activa para conseguir mejorar sus resultados. La perspectiva del paciente es un concepto amplio y poco definido, pero que incluye más de un aspecto:

- a. La visión subjetiva de la enfermedad, del diagnóstico y del tratamiento y su impacto en la vida diaria.
- b. La información y al conocimiento de la enfermedad por parte del paciente y su entorno. La fuente principal de conocimientos médicos ya no es exclusiva del propio médico sino que los pacientes llegan a la consulta con unos conocimientos adquiridos de fuentes diversas: en internet, en la prensa escrita o en los libros, o en su entorno. Y este es el nuevo reto al que se enfrenta el médico, al cual debe adaptarse y con la novedad, respecto a generaciones anteriores, de que en la conversación con el paciente debe usar argumentos que lo convencen. Esta nueva actitud es fruto del nuevo paradigma de la RMP¹¹ y se refleja en los nuevos nombres con que se nombra al paciente: *ciudadano* (titular de derechos y socialmente activo), *cliente* (que ha de expresar satisfacción) o un *consumidor* (al que se debe convencer de la bondad de un método o producto frente a otro). Probablemente al incluir la perspectiva del paciente se consiguen mejores resultados de salud y una mayor satisfacción.
- c. Y un tercer aspecto es la interculturalidad de la RMP (275) que en su aspecto negativo, se traduce en sentimientos de vulnerabilidad, desamparo e impotencia (277).

En el mundo actual conviven, en la misma zona geográfica, grupos de población de procedencias étnicas y culturales diferentes con idiomas, religiones y costumbres distintas. Esta diversidad se refleja en todos los ámbitos de la vida social y, por tanto, la RMP no puede ser una excepción. Dentro de la relación, la comunicación entre los actores es central: cuando es la adecuada, promueve *satisfacción* en el paciente, favorece un buen intercambio de información, que se comprendan los planes terapéuticos y que se sigan de forma apropiada. Al contrario, una comunicación deficiente se acompaña de insatisfacción, incompreensión de los planes de tratamiento, falta de seguimiento, peor calidad de cuidados, uso inapropiado de los recursos sanitarios por exceso o por defecto y errores médicos.

La comunicación no solo transmite información relativa al estado de salud y a cómo mejorarlo o recuperarlo, sino que al mismo tiempo transmite emociones con contenidos explícitos e implícitos, conglomerado de información que recibe el paciente y le provoca experiencias positivas y negativas que, a su vez, se transforman en resultados. Estos factores que influyen en la comunicación son válidos para los grupos étnicos minoritarios o mayoritarios. Sin embargo, las mayorías étnicas se pueden ver agraviadas por la discriminación positiva o negativa y la diferencia de valores. En el caso de las minorías étnicas, a ambas experiencias negativas, se les suman las barreras lingüísticas y la aculturación. La falta de respeto en la comunicación con el paciente, la premura para acabar la consulta que limita la conversación o centrarse en la cultura biomédica exclusivamente sin que el paciente pueda explicar su enfermedad o lo que ocurre a su alrededor todos son factores que crean el sentimiento de vulnerabilidad, de desamparo e impotencia (277).

La cantidad de tiempo asignado a cada visita viene marcado por las necesidades empresariales de la relación, lo que es un elemento externo a la relación y es uno de los mayores obstáculos para la obtención de la perspectiva del paciente. Las encuestas muestran que los pacientes valoran mucho el tiempo que se les dedica en la consulta, valoran no sentirse presionados y poder expresar sus propias vivencias ante la enfermedad: qué es lo que quiere, cuál es su proyecto personal ante

¹¹ Ver apartado 2 de la Primera Parte.

la enfermedad, formular las preguntas que considere pertinentes o empezar a hablar de los temas que crea oportunos. Pero, sin embargo, la conversación del paciente consume tiempo y deriva el encuentro hacia donde quiere el paciente no hacia donde quieren las necesidades del médico que ha de atender a un número de pacientes en un tiempo predeterminado o puede encontrarse con temas en los cuales no es experto o no quiere implicarse o hacia temas que el financiador no aprueba. Además, como hemos comentado anteriormente, en la visita, el médico no solo se ha de ocupar del paciente sino que ha de cumplir con las obligaciones administrativas de la consulta, escribir la historia, revisar los casos anteriores, actualizarlos, examinar al paciente, cursar las peticiones de exploraciones complementarias y mantener contacto visual con el paciente y no con la pantalla del ordenador. Todo lo cual, a veces se salda solicitando pruebas complementarias y no explorando al paciente. Es decir, sin que haya contacto físico, lo cual significa sin contacto humano y rechazando la información que proporciona el examen físico así como el acceso a la intimidad que ofrece y, en parte, desestimando la relación personal. Probablemente esta actitud de alejamiento del paciente, de situar la tecnología y a la administración entre el médico y el paciente sea uno de los factores que contribuyan a que proliferen las reclamaciones judiciales contra los médicos o contra las instituciones sanitarias. Ante la escasez de tiempo, en la entrevista, el médico sigue su propio guion, es decir, es él quien decide las preguntas y quien las limita. Incluso, algunos acotan el número de preguntas en una única consulta.

La perspectiva que el médico tiene sobre el paciente es la de una mezcla de roles. El médico lo considera en primer lugar como enfermo y paciente, pero también como cliente, consumidor, asegurado y ciudadano. Lo cual obliga a que la consulta médica cumpla con diferentes misiones porque atiende, en uno, a un enfermo, paciente, cliente, consumidor, asegurado y ciudadano que además la enfermedad hace vulnerable y frente al cual tiene obligaciones morales de fidelidad y lealtad y de respeto a su autonomía y a su intimidad, pero, al mismo tiempo, es a través de la consulta como el médico se gana la vida y adquiere autoridad, prestigio y poder.

Durante una entrevista con un paciente, el médico percibe otros elementos, además de los signos y síntomas de una enfermedad (272):

- a. El impacto de la falta de salud sobre la vida del paciente y la necesidad de hallar respuesta a cuál es la enfermedad, qué la causa y cuán seria es.

Como ya he apuntado más arriba, el paciente llega a la consulta con una información previa o con una sospecha, adquirida en los medios de comunicación o en su entorno y con las expectativas generadas por estas suposiciones lo cual puede ser una fuente de conflictos o simplemente ser no realista.

La obligación moral del médico es plantear el problema de salud de forma realista, honesta y respetuosa y, al mismo tiempo, para evitar los conflictos y sacar al paciente de su error, el médico debe adaptar la consulta y tomar en consideración las preferencias y las expectativas del paciente y convencerle con argumentos. La *continuidad* de la RMP es un factor facilitador de un clima integrador, menos reivindicativo en el que el médico asume el papel de suministrador de la información.

- b. Las prioridades en relación a resultados y tratamientos: implica que el médico debe argumentar las decisiones que adopta y aceptar y comprender que el paciente es experto de sí mismo y quien ha seguido el tratamiento y por lo tanto sabe si ha funcionado o no o cuales son los efectos adversos que ha experimentado. El médico debe también averiguar cuáles son las expectativas del paciente en cuanto al tratamiento, al manejo de los efectos adversos y a las posibilidades de recuperación y en qué condiciones, para tener la

oportunidad de discutir sobre el diagnóstico y el tratamiento de manera acorde con el proyecto vital del paciente. La *continuidad* también facilita este tipo de práctica profesional.

5. RESULTADOS DE LA RMP

Más arriba he analizado la *continuidad* como producto de la RMP, pero no es el único resultado interesante para la asistencia sanitaria. El diagnóstico, el tratamiento o la *satisfacción* del paciente son otros de los resultados de la RMP. Para analizarlos resulta útil clasificarlos en dos tipos, los relatados por el paciente y los resultados objetivos. Estos últimos son perceptibles y muchas veces cuantificables a diferencia de los primeros, que son subjetivos y difíciles de cuantificar. No obstante, la evaluación de los resultados objetivos entraña una dificultad extra y es que, para valorarlos, se necesitan conocimientos técnicos, difíciles de adquirir, cuyo aprendizaje es muy largo, por lo que se necesitan expertos. La segunda dificultad es la valoración de estos resultados ya que la realizan las dos partes lo que supone que, en ocasiones, puede ser discordante: los resultados objetivos pueden ser adecuados desde el punto de vista del médico o de la institución, pero insatisfactorios desde el punto de vista del paciente o de su representante, o viceversa, o igualmente positivos o negativos para ambos.

Por ejemplo, la atención en un servicio de urgencias en plena epidemia de gripe puede ser la adecuada y producir un diagnóstico exacto y un tratamiento idóneo mientras que, para el paciente, el producto puede ser altamente insatisfactorio por la demora en la atención en un servicio abarrotado, atendido por un personal sobrecargado de trabajo y sometido a una elevada presión asistencial.

O, al contrario, ser atendido por un personal que trabaja en condiciones óptimas y en un ambiente tranquilo pero, a cambio, el paciente es sometido a pruebas superfluas o a tratamientos no avalados por los conocimientos de la medicina.

5.1. Continuidad o accesibilidad

La consideración de la *continuidad* como uno de los resultados de la relación implica preguntarse cómo influye en el resto de resultados y si es beneficiosa para el paciente y, de manera más general, para la organización sanitaria. No se trata de oponer accesibilidad a *continuidad* siempre que exista un buen equilibrio entre las tres condiciones que he definido como necesarias para aquella: las físicas, la puntualidad y la elección del profesional.

Hemos visto que las condiciones físicas (instalaciones sanitarias, desplazamiento, plantilla de profesionales) son básicas ya que sin ellas no existe la atención y su falta es propia de situaciones de catástrofe. También hemos observado que la organización sanitaria suele primar un factor sobre otro y que el paciente también puede optar por oportunidad/ puntualidad en lugar de elegir el profesional. La opción condiciona los resultados y ofrece ventajas e inconvenientes. De hecho la promoción de una opción sobre otra tiene un carácter pendular: en Inglaterra se pasó de primar la *continuidad* a hacerlo, después, con la accesibilidad, como si fueran conceptos enfrentados. En Francia, como hemos visto en la ley de 2004, se premia la adscripción a un médico de familia, coordinador de la asistencia, es decir, se premia la *continuidad*. La elección de los pacientes es, no obstante, más sabia ya que, cuando pueden, ajustan la *continuidad* o la accesibilidad a sus necesidades, es decir, es la situación clínica del paciente la que define la elección. Las enfermedades agudas que necesitan atención inmediata se resuelven más rápidamente gracias a

una adecuada accesibilidad. Ocurre lo mismo en las situaciones incómodas que puedan poner en peligro una relación personal, como las adicciones, las infecciones de transmisión sexual o la violencia doméstica, son casos en los que, muchas veces, el paciente antepone accesibilidad a *continuidad*. En cambio, las enfermedades crónicas o la medicina preventiva se resuelven mejor con la continuidad.

A diferencia de la *continuidad*, la accesibilidad no se puede considerar un producto de la RMP más bien es una condición para que la relación se establezca. La continuidad y la accesibilidad son dos opciones íntimamente relacionadas y no tienen por qué ser excluyentes siempre que se cumplan las condiciones mencionadas a las que se debería añadir: la transmisión de la información y de atención coordinada y gestionada por el mismo equipo profesional. Ambas necesitan que la organización sanitaria las considere un objetivo y no solo que las promueva sino que las financie. En caso contrario resulta una atención fragmentada, inoportuna, con barreras que dificultan el acceso o simplemente sin accesibilidad. Como la elección de una u otra opción es una decisión de política sanitaria, no es individual ni profesional y afecta a grandes grupos de población, las consecuencias de la elección son más trascendentes para los grupos de población con mayor necesidad de cuidados sanitarios tales como los enfermos o los adultos ancianos.

Robin Osborn *et al.* (286) publicaron un artículo en 2014 en la revista *Health Affairs* en el cual describen los resultados de una investigación llevada a cabo en 11 países industrializados: Alemania, Australia, Canadá, Estados Unidos, Francia, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos, Reino Unido, Suecia y Suiza. La investigación se centra en adultos mayores de 65 años y muestra las diferencias en la accesibilidad que existen entre los distintos países en cuanto a: la atención primaria; la visita a un servicio de urgencias como último recurso para la atención fuera de horas; el copago; la coordinación de la atención y el papel de los ancianos como cuidadores de ellos mismos y de otros ancianos; y cómo estas diferencias inciden sobre el acceso a los cuidados sanitarios y sobre la coordinación de la asistencia. El artículo trata en parte sobre los planes de cuidados personalizados y sobre los planes de cuidado al final de la vida pero, sin embargo, no los relaciona con el acceso a los cuidados sanitarios, al copago, a la satisfacción por los cuidados recibidos o a las obligaciones como cuidador. El estudio se realizó mediante una encuesta telefónica asistida por ordenador a 15.617 adultos de 65 años o más, en los países mencionados. El estudio está limitado por el número de respuestas por países (16% en Noruega, 60% en Suiza) y porque se excluyó la población de ancianos que vive en residencias.

Los adultos ancianos constituyen un grupo de población con una prevalencia mayor de enfermedades crónicas que los grupos de población más jóvenes, recibe atención de un número más amplio de profesionales sanitarios, usa y depende más de la asistencia sanitaria, recibe un mayor número de tratamientos con medicamentos, o de otro tipo, y la prevalencia de uso de dispositivos biotecnológicos es mayor (marcapasos, prótesis vasculares o articulares). Todos esos factores mencionados convierten a los ancianos en más proclives a padecer errores médicos o algún otro tipo de efecto adverso ligado a la atención sanitaria. Los ancianos se convierten, pues, en más vulnerables frente a los fallos de la organización sanitaria y frente a las consecuencias de unos cuidados fragmentados o descoordinados. En suma, todos esos factores comprometen la seguridad del paciente anciano. Este hecho y el crecimiento de este sector de la población en los países industrializados realzan el interés de la mencionada investigación. Y, al mismo tiempo, justifican los cambios en las políticas sanitarias que redefinen las funciones de los profesionales o crean o incentivan nuevos abordajes de la atención sanitaria, por ejemplo: promocionar la figura

del *Médecin traitant*¹²; crear nuevas profesiones sanitarias como la de los facilitadores de la asistencia, que son entrenadores personales de calidad asistencial; o los coordinadores de cuidados, que realizan funciones de formación y de coordinación de la atención entre los diferentes profesionales (288).

La creación de nuevas funciones de los profesionales sanitarios como las que acabamos de citar, tal vez sea una necesidad en determinados medios pero convierte la atención en más compleja, la encarece, la fragmenta, y desresponsabiliza y despersonaliza la asistencia sanitaria ya que los clínicos acaban ocupándose exclusivamente de cuestiones técnicas. Estas nuevas funciones pueden ser desarrolladas o bien por profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, fisioterapeutas) obligados por códigos deontológicos de sus colegios profesionales o bien por personas procedentes de ámbitos no sanitarios, sino administrativos o mercantiles y sin un acervo deontológico ligado a su nueva profesión. Sin embargo, estos profesionales acceden a los datos de los pacientes, a la intimidad de las personas de las que deben defender los intereses y, en consecuencia, deberían estar obligados por los valores en los que se basan los códigos deontológicos de las profesiones sanitarias tales como la veracidad, la lealtad, la confidencialidad o el respeto a la intimidad, entre otros. Aquí se refleja la complejidad de la atención sanitaria que, quizás como respuesta a la escasez de médicos y enfermeras y a las dificultades para formar a estos profesionales, recurre a crear nuevas profesiones que a su vez incrementan la complejidad.

Los resultados del estudio muestran que:

- a. Las enfermedades crónicas son más prevalentes y que el uso de tratamientos es mayor: el número de ancianos con una enfermedad crónica es elevado, oscila entre 63% en Nueva Zelanda y 87% en EEUU donde llega a 68% el número de ancianos con 2 o más enfermedades crónicas. El número de personas en tratamientos con 4 o más fármacos varía de un país a otro, en EEUU es 53%, en cambio en Francia, donde 81% declaran padecer 1 enfermedad crónica y 43% dos o más, el número de personas que reciben 4 o más fármacos es 29%.
- b. El coste de la asistencia o de los medicamentos es una barrera para acceder a los cuidados sanitarios en muchos países.
- c. En cuanto al acceso oportuno Canadá, EEUU y Suecia son los países donde es más difícil conseguir cita en las siguientes 24 horas a la petición o conseguir una visita fuera de horas sin acudir a un servicio de urgencias. A diferencia de los datos referentes a Alemania, Francia o Nueva Zelanda donde más del 80% de los encuestados afirman que pueden ser visitados dentro de las 24 horas.
- d. Los ancianos franceses encuestados son los que menos han visitado un servicio de urgencias.
- e. Los fallos de coordinación de la atención se traducen en resultados de pruebas no disponibles el día de la visita y de duplicación de las pruebas para subsanar el fallo. Igualmente sucede cuando falta la comunicación entre profesionales: en Noruega alcanza hasta el 43% mientras en Francia es el 6%.

La falta de coordinación entre profesionales va más allá y pone en peligro a los pacientes: entre los pacientes suecos que toman 4 o más fármacos, 48% declaran que en el último

¹² Como ya se ha mencionado anteriormente, médico responsable de la atención a un paciente

año ningún profesional sanitario ha revisado su medicación. O entre los pacientes noruegos, hasta el 70% no reciben un plan de tratamiento al alta del hospital o una cita de seguimiento o información sobre la medicación prescrita o a quién contactar en caso de un problema.

- f. En Francia y los Países Bajos, el 94% de los pacientes refieren que su médico les ofrece tiempo suficiente y fomenta que se le formulen preguntas.
- g. Estados Unidos es el país donde los ancianos reciben más información sobre cómo autocuidarse, planes futuros de salud y cuidados del final de la vida.
- h. Alrededor del 25% de los encuestados son, a su vez, cuidadores de otros ancianos. Este dato refleja la necesidad de considerar la asistencia sanitaria junto con los recursos sociales de ayuda a esta población.

El artículo ejemplifica algunos aspectos de la *continuidad* de los que he hablado en los apartados anteriores, muestra su relación con la política sanitaria y revela también que no es un problema resuelto al 100% en ninguno de los países del estudio:

- a. La dificultad de acceso por las barreras de coste o de horario limita la *continuidad* personal: el paciente no puede costear la visita o la medicación, no puede ver a su médico fuera de horas (aunque deberíamos saber si se financia la visita a urgencias y el transporte), no puede concertar la visita cuando tiene un problema y, al cambiar de médico, en cada ocasión, el paciente ha de empezar de cero.
- b. Las brechas en la *continuidad* de la información se acompañan de descoordinación, hecho que pone en peligro la seguridad de los pacientes:
 - I. Porque no se transmite la información después de la visita a un servicio médico, o
 - II. Los pacientes polimedicados no se benefician de la supervisión de un profesional, que puede eliminar fármacos innecesarios o vigilar las interacciones o simplificar la medicación, o
 - III. Un seguimiento de la enfermedad deficiente, o
 - IV. Mal uso de los recursos como, por ejemplo, aumentar la frecuentación a los servicios de urgencias o repetir las pruebas diagnósticas.
- c. Sin *continuidad* interpersonal no puede haber continuidad en la gestión.

5.2. Continuidad y coordinación

Los conceptos *continuidad* y coordinación no son idénticos ni se pueden intercambiar ya que la coordinación implica, además, que los proveedores sanitarios se pongan de acuerdo y dirijan la atención hacia una misma meta. Estos conceptos van ligados al tipo de sistema sanitario y a los sistemas de comunicación: una historia clínica, por ejemplo, compartida entre todos los proveedores sanitarios es un requisito para poder hablar de *continuidad* y coordinación a escala poblacional. La informatización de la historia clínica hace posible que se comparta la información rápidamente y desde puntos alejados geográficamente, aunque, a su vez, genera nuevos problemas de confidencialidad, de quién y a qué se tiene acceso, o de secreto médico (299). Peter S. Hussey *et al.* y Lena M. Chen *et al.* desde dos artículos diferentes, aportan evidencia y reflexión sobre estos conceptos y cómo, gracias a la *continuidad* y a la coordinación, se consigue disminuir el coste de la asistencia (menor número de hospitalizaciones, de visitas a los servicios de urgencias

y de complicaciones) en una población de pacientes con enfermedades crónicas (diabetes, EPOC, insuficiencia cardíaca) (248, 292, 293).

La fragmentación de la atención sanitaria significa que el paciente consulta a diferentes médicos y que cada uno cuida un aspecto de la atención pero ninguno mantiene una visión del paciente como un todo, es decir, una visión holística. La fragmentación no se debe confundir con la atención a los pacientes con diferentes enfermedades crónicas, que necesitan visita por distintos especialistas, pero uno de ellos actúa como coordinador y director de la atención. La fragmentación de la asistencia es un problema que subsana la *continuidad*, y que aparece como consecuencia de un tipo de organización sanitaria en el que prima el acceso sobre la elección de profesional, o cuando la atención la realizan grandes equipos de profesionales con lo cual la responsabilidad de la atención se diluye en el equipo o, simplemente, porque es la voluntad del paciente. Este tipo de atención es menos eficiente, ofrece una peor calidad asistencial y mayor coste.

Bringham R. Frandsen *et al.* (287) estudian la relación entre fragmentación de la asistencia, calidad y coste en una población de enfermos crónicos de menos de 65 años, asegurados por una única entidad aseguradora. Los resultados que hallan son que la fragmentación se asocia a mayores brechas en la calidad asistencial, mayor número de hospitalizaciones prevenible y un mayor gasto sanitario. Las limitaciones del estudio están en la información sanitaria de la población estudiada ya que se ignora si los pacientes podían tener enfermedades no conocidas pero que necesitaran visitas frecuentes.

La Atención Centrada en el Paciente desde la Consulta del Médico¹³ (ACPCM) es una respuesta al desafío del programa sanitario “Cómo conseguir una atención que mejore los resultados para el paciente y contribuya en la contención de costes”. Según el *U.S Department of Health and Human Services* esta atención ha de cumplir cinco requisitos:

- a. ser una atención integral,
- b. centrada en el paciente,
- c. coordinada con el resto de proveedores sanitarios,
- d. accesible, y
- e. que incorpore la calidad asistencial y la seguridad.

La ACPCM enfatiza el papel de la *continuidad* como elemento para conseguir la mejoría de la atención porque promueve:

- a. el médico personal,
- b. el plan de tratamiento individual y
- c. la coordinación (transmisión de la información y dirección de la atención).

El cumplimiento de esas tres condiciones se asocia a una mayor calidad asistencial y a un uso más eficiente del sistema sanitario, medido a través de algunos indicadores como la vacunación frente a la gripe, los cuidados ambulatorios y la respuesta oportuna de los proveedores. Cuando solo se cumplen dos de las tres condiciones, tan solo se alcanza alguno de esos resultados. Y si solo se cumple uno, los resultados son los mismos que si no se cumple ninguno. Estas son las

¹³ ACPCM; traducción libre de la PCMH *Patient-Centered Medical Home*

conclusiones de una investigación llevada a cabo en California (EEUU) por Nadereh Pourat *et al.* y publicada en la revista *Medical Care* en marzo 2016 (289).

6. RESULTADOS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE: BENEFICIOS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA SALUD

La *continuidad*, que es cuantificable, no es el único producto ni la justificación de la RMP pero conecta con otros como la *experiencia* y la *satisfacción* del paciente, el coste, la adherencia al tratamiento o con la prevención.

En los apartados siguientes voy a describir y analizar otros resultados de la RMP y relacionarlos con la *continuidad*, comenzando por resultados objetivos que son resultados perceptibles: el diagnóstico precoz del cáncer, la atención a las enfermedades crónicas, la atención a la insuficiencia cardíaca, al cáncer, los cuidados paliativos y con la experiencia de los pacientes.

6.1. Diagnóstico precoz del cáncer

La *continuidad* influye en otros resultados de la RMP y es lógico preguntarse si su influencia es favorable en la consecución de diagnósticos cuyo pronóstico es trascendente, como el diagnóstico precoz del cáncer, ya que, de ser así, además se acumulan argumentos a favor de la *continuidad* como opción de política sanitaria frente a otras opciones como la accesibilidad.

A estas preguntas intentan dar respuesta Matthew J. Ridd *et al* (22) a través de un estudio realizado en el Reino Unido, que incluye 18.492 pacientes con cáncer, de los cuales 2.955 son de mama, 7.394 de colon y recto y 8.143 de pulmón, tipos de cáncer comunes en la población adulta. En el estudio se analizan dos variables, la que relaciona el tiempo hasta el diagnóstico y la segunda basada en los signos clínicos que sugieren el diagnóstico:

- a. El tiempo transcurrido desde la primera anotación en la historia clínica electrónica de los signos clínicos sugestivos de cáncer y el diagnóstico de la enfermedad.
- b. El tiempo desde la primera anotación de un signo de riesgo hasta el día en que se remite al paciente a un centro especializado para el diagnóstico.
- c. Los signos clínicos de los pacientes clasificados como de alto o bajo riesgo.
- d. Y la *continuidad* que entienden como que, en los 24 meses previos al diagnóstico, haya habido por lo menos una consulta más con el mismo médico.

El estudio abarca desde el 1-01-2000 hasta el 31-12-2010. Su punto de partida es la primera manifestación clínica relevante de la enfermedad recogida en la historia clínica electrónica en los 12 meses previos al diagnóstico. Los resultados a los que llegan los autores muestran que la *continuidad* no adelanta el diagnóstico de estos pacientes y que, incluso, el cáncer de colon y recto se diagnostica unos siete días más tarde (22, 23) que los que no tienen *continuidad*, pero sin que por ello se sigan consecuencias clínicas para los pacientes. En todos los casos el factor que con mayor seguridad predice un diagnóstico precoz es la presencia de signos clínicos de alto riesgo. En estos tres tipos de cáncer el mayor retraso en el diagnóstico se produce en el centro de referencia cuando el médico de cabecera ya no es el responsable de la atención. Otro dato importante del estudio es que los pacientes que presentan nuevos síntomas preocupantes si consultan a su médico habitual, el diagnóstico se adelanta una media de 14 días, comparado con los que consultan a un nuevo médico. No obstante, el estudio no demuestra que la *continuidad*

adelante el diagnóstico por lo que habrá que analizar otros factores del mismo estudio para ponderar si la *continuidad* ofrece ventajas, sobre todo contando que estos tres cánceres son comunes, con métodos de diagnóstico conocidos al alcance de la mayoría de médicos, aunque sea complejo llegar a ese diagnóstico debido a la infraestructura que se necesita.

Para explicar por qué la *continuidad* retrasa el diagnóstico en lugar de adelantarlo invocan distintas causas:

La primera, porque la familiaridad con el paciente, sus circunstancias y su entorno pueden provocar que el médico subestime los síntomas y los atribuya a causas circunstanciales, a rasgos de carácter o a circunstancias psicológicas (24). En estos casos, los autores apuntan que una segunda opinión puede ser muy útil ya que ofrece una perspectiva nueva para el paciente y para el médico, sin que por ello se rompa la *continuidad*.

En segundo lugar, para evaluar la rapidez diagnóstica en estas enfermedades hay que considerar el estilo de trabajo del médico y las condiciones laborales. Si el médico tiene una práctica profesional basada en remitir rápidamente a los pacientes a un centro de especialistas frente a otro médico que retiene al paciente durante más tiempo, aplicando las condiciones del estudio, se obtendrán resultados diferentes.

- En el primer caso el tiempo transcurrido hasta remitir al paciente a un centro de referencia será muy corto y, tal vez, el diagnóstico más temprano. Ahora bien: a) Cuántos pacientes serán remitidos sin que tengan patología que lo justifique, b) Cómo inciden estos pacientes en la carga de trabajo del centro receptor, c) Cuánto se estrechará el cuello de botella del diagnóstico.
- En cambio, en el segundo supuesto, el tiempo transcurrido será mayor pero los pacientes estarán más seleccionados y la carga de trabajo del centro receptor estará más justificada. En este último caso es necesario evaluar si la demora tiene consecuencias para el paciente (diagnóstico de la enfermedad más evolucionado, peor pronóstico por retraso del tratamiento, menos opciones terapéuticas, supervivencia más corta) lo cual no tiene relación con la *continuidad* y sí la tiene con la accesibilidad. Es una cuestión de organización sanitaria y no de RMP que subraya la importancia del acceso oportuno y del papel de la *continuidad* como criba.

El tercer factor a considerar es el propio paciente ya que los más insistentes o los más frequentadores producen mayor sensación de alarma y se les somete a más pruebas. De hecho, en el estudio mencionado, cuando los pacientes consultan de nuevo por la misma clínica se acelera el diagnóstico. Pero en todos los casos se debería analizar en cuántos pacientes no llegan a diagnóstico alguno. Por lo cual, es obligado que ante los pacientes que el médico conoce bien y con los cuales se ha generado un componente afectivo, el médico sea precavido para no minusvalorar las quejas de los pacientes y no retrasar el diagnóstico de las enfermedades potencialmente graves.

El cuarto factor a considerar es la propia enfermedad que se presume y de la cual se busca el diagnóstico. La clínica que presenta el paciente desencadena el proceso diagnóstico y justifica la prioridad para llevarlo a cabo. El grado de urgencia que causa la palpación de un nódulo mamario o una hemorragia digestiva o respiratoria no es el mismo que el causado por una clínica menos específica como la fatiga o el estreñimiento, de ahí que en el estudio definiesen unos signos clínicos de alto o bajo riesgo.

A ello hay que agregar que, dada la complejidad del diagnóstico y el número de profesionales implicados, la organización del proceso de diagnóstico incumbe a la institución y que por tanto un número variable de retrasos serán atribuibles a la institución sin que la *continuidad* pueda remediarlo. En el diagnóstico de las tres enfermedades hay diferencias técnicas importantes cuya disponibilidad no es la misma ni lo son los recursos que se necesitan para realizarlas. Como ejemplo, para diagnosticar un cáncer de colon o recto, de pulmón o de mama se necesita una sala equipada para realizar técnicas cruentas y un equipo de profesionales que incluye administración, enfermería, técnicos de radiología y de laboratorio, médicos clínicos y profesionales formados en endoscopia, radiología intervencionista, anestesia y anatomía patológica.

El quinto factor son las instituciones, a las que corresponde actuar no solo creando el entorno de trabajo adecuado y con el personal preciso, sino también estableciendo los medios para que se minimice el retraso en las visitas y se implanten protocolos de trabajo. Es decir, que se actúe teniendo en cuenta la seguridad de los pacientes, supervisando las listas de espera para que la demora no tenga consecuencias dañinas, agilizando las consultas y disminuyendo la variabilidad diagnóstica.

Con el punto de partida en la *continuidad* del médico de familia, el estudio destaca que la *continuidad* en la información y en la gestión son necesarias para satisfacer las obligaciones de beneficencia, no maleficencia y de justicia de los profesionales y de las instituciones. Evidentemente sin menoscabo de la autonomía del paciente, cuyo estudio no era el objetivo del trabajo.

Del estudio se desprenden varias obligaciones para los médicos y para las instituciones que se pueden resumir en una sola: obligaciones de seguridad, es decir, obligaciones para evitar dañar al paciente. Estas obligaciones incluyen desde la elaboración de protocolos que racionalicen los estudios diagnósticos del cáncer, la gestión de las listas de espera para evitar retrasos en el diagnóstico que lesionen a los pacientes o los equipamientos necesarios para llevar a cabo el diagnóstico y el tratamiento. Todas ellas son obligaciones morales de evitar el daño.

Los resultados de este estudio no son extrapolables ni a toda la población ni a todas las consultas ya que solo se han considerado los pacientes con el diagnóstico de esos tres tipos de cáncer, no a toda la población atendida por esos profesionales. Es probable que algunos pacientes adscritos a las consultas de los médicos del estudio puedan haber sido diagnosticados de cáncer por otras vías, por ejemplo, a través de un ingreso hospitalario urgente causado por una hemorragia digestiva sintomática. Estos no se han incluido.

Otras limitaciones del estudio: a) No se buscó conocer la opinión de los pacientes, b) Ni el grado de *satisfacción* con la asistencia prestada por el médico de atención primaria, c) Ni si se les desveló el retraso en el diagnóstico, d) Ni cuál fue el impedimento que retrasó el diagnóstico.

Los nuevos modelos de atención como el que he descrito anteriormente, la Atención Centrada en el Paciente desde la Consulta del Médico o el modelo del *Médecin traitant*, buscan mejorar la eficiencia y la experiencia de los pacientes a través de la *continuidad*. Está todavía por demostrar si lo van a conseguir al 100%.

6.2. Atención a las enfermedades crónicas

Vivir con una enfermedad crónica, como por ejemplo la insuficiencia cardíaca o la diabetes mellitus, significa que, a partir de la aparición de los síntomas y del diagnóstico, se va a necesitar

un contacto periódico, a veces muy intenso, con la asistencia sanitaria. En algunos casos este contacto se transforma en dependencia. Las leyes que gobiernan dicho contacto las establecen:

- a. En primer lugar la enfermedad. Por ejemplo, en el caso de la insuficiencia renal crónica la hemodiálisis es imprescindible ya que sin ella el paciente morirá en unas semanas como máximo. O en el caso de la insuficiencia respiratoria crónica, que precisa oxigenoterapia intermitente o continua sin la cual rápidamente se deteriora la calidad de vida y se acorta la esperanza de vida. En ambos casos el paciente necesita esos tratamientos para sobrevivir, el paciente es dependiente de esos tratamientos tecnológicamente complejos que condicionan su vida: acudir a un centro de diálisis tres veces por semana, en el caso de la insuficiencia renal, o acarrear y recargar el depósito de oxígeno o la fuente de energía en el caso de la insuficiencia respiratoria crónica.
- b. En segundo lugar los médicos que, al establecer las pautas de tratamiento o el régimen de vida según los conocimientos de la medicina, pueden modificar mucho la vida del paciente. Por ejemplo, en caso de un Síndrome de apneas del sueño uno de los tratamientos consiste en dormir con una mascarilla sujeta con un arnés y conectada a un compresor que, mediante un flujo de aire a presión, mantiene una presión positiva en la faringe. O el autosondaje vesical que se prescribe a las personas con tetraplejía para vaciar periódicamente la vejiga urinaria.
- c. El paciente debe adaptarse a la nueva situación, aprender las técnicas de autocuidado (por ejemplo, determinación de la glicemia, autoadministración de medicamentos, cuidado y mantenimiento de los dispositivos, técnicas de limpieza o de esterilización, etc.) y descubre que su cuerpo puede no ser un aliado.

La enfermedad altera la vida del paciente y lo traslada a una nueva vida medicalizada en la cual los profesionales sanitarios actúan de guía, de asesor o de experto de tal manera que la intervención del profesional, aunque es una ayuda, también contribuye a alterar la vida del paciente ya que lo infantiliza cuando no le deja tomar sus propias decisiones, o le impone un estilo de vida, es decir, lo irresponsabiliza, o lo frustra cuando fija metas a las cuales no puede llegar. La RMP puede contribuir a que el paciente viva su propia vida de acuerdo con sus preferencias o, al contrario, ser la propia RMP un factor más de perturbación.

Malin Östman *et al.* (28) analizan cómo se construye la agenda del encuentro entre médico y paciente y observan que hay dos formas de hacerlo. La primera se elabora desde un punto de vista paternalista y la llaman “Agenda centrada en el paciente”. La segunda es la elaboración que promueve la autonomía del paciente y la llaman “Agenda centrada en la persona”. Los autores contraponen estas dos visiones: la primera se basa en una cultura sanitaria centrada en la enfermedad y en el tratamiento, que despierta un sentimiento de superioridad del profesional sanitario basado en que él es el experto y, frente a ella, la otra visión, que se fundamenta en la experiencia de la enfermedad, en el día a día, en la vida que los pacientes viven y sufren.

En el encuentro entre paciente y médico se contraponen dos experiencias. Por ejemplo, en el caso de un paciente con insuficiencia cardíaca, su experiencia es la experiencia física del cuerpo y la experiencia mental que la acompaña indisolublemente. Es la experiencia de la disnea, de los edemas, de la dificultad para el decúbito, de la pérdida de capacidad física, de la limitación frente al ejercicio físico y la toma de conciencia de la muerte cercana. Y también es la *experiencia* de las visitas al médico y de los ingresos en el hospital cuando la enfermedad se exagera. En cambio, la experiencia del médico es profesional: valora la respuesta al tratamiento, la acción de los fármacos que aumentan la diuresis y disminuyen la volemia o que mejoran el consumo de oxígeno

por el miocardio, o el efecto de los marcapasos que acompañan o estimulan el ritmo cardíaco y, a través de todos estos mecanismos de acción, mejoran la capacidad para el esfuerzo y mejoran la calidad de vida del paciente y alargan la supervivencia.

La *experiencia* del paciente con el sistema sanitario puede ser de *continuidad* asistencial, en las tres vertientes: de información, dirección e interpersonal. Es la *experiencia* de *continuidad* de la asistencia con un médico de referencia la que dirige la atención en un entorno en el cual la información circula entre los profesionales en un ámbito conocido y amistoso (17). En este aspecto es importante destacar que justamente porque va dirigida a todos y todos acabaremos en manos de la asistencia sanitaria, la asistencia debe personalizarse, se debe adaptar a cualquier tipo de paciente, debe atender al paciente premio Nobel y al analfabeto, al ciudadano urbano y al de ámbito rural, al que tiene recursos culturales, sociales y económicos y al que no, de modo que, la asistencia sanitaria ha de expresarse en un lenguaje que sea comprensible para todos ellos.

O bien, el paciente puede experimentar sus contactos con la asistencia sanitaria como algo fragmentado que obliga a adaptarse cada vez a nuevas caras y a nuevas relaciones personales; experimentar cada contacto como algo reiterativo, volver a empezar y relatar la historia de la enfermedad, re-enumerar el tratamiento por enésima vez o re-explicar las preferencias y los valores personales con el riesgo de encontrarse con un profesional que piense distinto y quiera imponérselo o que haga objeción de conciencia a ciertos tratamientos o procedimientos; algo de lo cual el único testigo es el paciente que acude de consulta en consulta llevando consigo su portafolio sanitario. Y todo ello en un entorno geográfico de consultas distribuidas en edificios diferentes o laberínticos, citas con personal administrativo, atención telefónica o telemática (59).

Según estos autores, en la RMP, cuando el profesional construye la agenda de sus visitas, centrándola en la visión del otro exclusivamente como el paciente, acaba viéndole como a alguien inferior, como un órgano enfermo, anteponiendo los conocimientos profesionales a las vivencias que la enfermedad causa. El paciente se siente cosificado, sin valor y alguien de quien solo se espera obediencia. Este tipo de relación lleva al paciente a excluirse de la responsabilidad de la asistencia, porque se siente sin protagonismo y obligado a una participación pasiva. La experiencia de ser uno entre tantos produce falta de confianza en un sistema que se centra más en el cumplimiento de los protocolos que en las necesidades del paciente a pesar de que esos protocolos están elaborados para resolver o aliviar los problemas médicos del paciente. Probablemente lo que el paciente expresa es la falta de relación humana (59).

En cambio, cuando la agenda se construye desde la visión del otro como una persona y no simplemente como un paciente, se consigue trasladar la percepción de la *continuidad* desde el sistema sanitario a la vida del paciente. Esta percepción se fundamenta en conseguir que el paciente se reconozca como una persona única, como el protagonista, con necesidades propias y con un entorno personal que le pertenece y se valora y que, por consiguiente, siente que él, en conjunto, es tomado en consideración, no es simplemente un órgano enfermo. En este tipo de RMP el paciente es un igual y el médico es el experto que capacita al paciente para que pueda afrontar la situación. La *continuidad*, mezcla de las tres facetas —información, dirección e interpersonal— genera seguridad y confianza en el paciente (59).

Esta visión de la RMP es útil y deseable, en particular, ante algunas situaciones clínicas por ejemplo, en la consulta de los pacientes con enfermedades crónicas. En cambio, este tipo de RMP no es factible en otras situaciones, como en la atención de las emergencias médicas en la cual la prioridad cambia, pasa del paciente a la enfermedad que padece. En estos casos, aparentemente, la prioridad es solucionar la emergencia médica pero, en realidad, no todos los pacientes se

benefician de la misma actuación, es decir, que, a pesar de la urgencia, la solución también está en función de cada paciente, por lo que, para la toma de decisiones, es imprescindible la *continuidad* en la información. La *continuidad* satisface dos necesidades: a) Las del paciente porque necesita una relación personal y b) Las del cuidado y control de la enfermedad.

6.3. Un ejemplo de la atención a una enfermedad crónica: La insuficiencia cardíaca

La falta de *continuidad* en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca ha sido analizada por muchos autores. Susan Browne *et al* (30) entrevistan a pacientes con insuficiencia cardíaca, a sus cuidadores y a los profesionales que les atienden. Las encuestas reflejan una atención fragmentada, falta de información sobre la enfermedad y el pronóstico y falta de instrucciones sobre el autocuidado. Las opiniones de los pacientes pueden agruparse en torno a cuatro grupos:

- a. El conocimiento y comprensión de los déficits debidos a la enfermedad: el desconocimiento de la enfermedad y del pronóstico es la causa de expectativas falsas y dificulta el autocuidado. Afecta a los pacientes y a los cuidadores y es una de las causas de cuidados subóptimos. Las limitaciones que impone la enfermedad, la organización de la polifarmacia, la vigilancia de los efectos adversos de la medicación o la presencia de síntomas de alarma son la información que los profesionales deben proporcionar para mejorar los cuidados y para disminuir la repercusión de la enfermedad en la vida del paciente. Pero numerosas barreras se oponen:
 - I. Organizativas: La duración de la visita, que acota el tiempo que el médico puede dedicar a cada paciente; las listas de espera, que son una barrera a la accesibilidad, y que desvían a los pacientes hacia los servicios de urgencias; la disponibilidad de personal cualificado o su variabilidad limita la atención así como el acceso a los especialistas lo que, además, alimenta las listas de espera.
 - II. Falta de recursos sociales: La atención a la insuficiencia cardíaca ha de ser multidisciplinar y no siempre el personal está disponible, en los equipos pueden faltar internistas, cardiólogos o enfermeras, se debe instruir al cuidador para que sepa tomar constantes como pulso, tensión arterial, peso, medir la diuresis y qué hacer en caso de que aparezcan signos de alarma, pero, también, debe tener un interlocutor válido, educadores sanitarios para instruir al paciente y al cuidador y se deben establecer los cuidados de transición.
 - III. Médico: Las barreras a la continuidad de la atención del paciente con insuficiencia cardíaca desde la perspectiva del profesional son múltiples: un estilo de RMP que no incorpora al paciente ni al cuidador; acceso del médico a formación específica en la atención a estos pacientes crónicos, muchos con más de una enfermedad; y la dificultad diagnóstica porque los signos de la enfermedad son poco específicos hasta que la dolencia se halla en una situación avanzada puesto que la comorbilidad y el deterioro por la edad son factores de confusión para el diagnóstico. El curso no lineal de la enfermedad hace difícil establecer un pronóstico y, a pesar de que la OMS recomienda que los cuidados paliativos se incorporen precozmente, los pacientes y algunos médicos los consideran sobre todo como cuidados del final de la vida, es decir, de los últimos días o de las últimas horas de vida. Algunas especialidades médicas, como la Cardiología en

este caso, están orientadas hacia la curación y asumen con dificultad la etapa final de la enfermedad, la que está orientada hacia la paliación.

- IV. Esta consideración también es válida para la investigación en Cuidados Paliativos del paciente con insuficiencia cardíaca. Jeanette Ziehm et al. estudian la atención en cuidados paliativos de los pacientes con insuficiencia cardíaca en Alemania y llegan a la conclusión de que la investigación y el uso de los cuidados paliativos para la atención de la insuficiencia cardíaca se ha descuidado y que esta barrera de acceso puede salvarse con una mayor educación del público, de los pacientes y del personal sanitario, y con una cooperación mayor entre los diferentes profesionales implicados (291).
 - V. La continuidad de la información y de la gestión contribuyen a solucionar el problema porque facilitan la comunicación entre los actores: pacientes, cuidadores y profesionales sanitarios de diferentes especialidades y porque, igualmente, facilitan la coordinación de los cuidados.
 - VI. Paciente y cuidador: ambos deben tener una buena información acerca de la enfermedad y su pronóstico para poder comprenderla. Deben tener también capacidad de aprendizaje y un profesional que se la suministre y los instruya. Los pacientes con niveles de estudios altos tienen mayor facilidad. La accesibilidad en este caso debe estar al servicio de la continuidad (salvo cuando la necesidad de atención es urgente) ya que el flujo de información del profesional al paciente, o viceversa, y el conocimiento personal entre paciente y profesional son de gran ayuda. Los pacientes asocian el diagnóstico de cáncer con mal pronóstico y probabilidad de muerte elevada, a diferencia de lo que ocurre con la insuficiencia cardíaca cuyo pronóstico no es conocido por la mayoría, a lo cual hay que añadir la edad y el grado de dependencia de los pacientes cardiopatas, que suelen ser ancianos.
 - VII. La toma de decisiones se ve obstaculizada por distintos motivos: i. Otras enfermedades crónicas, entre las cuales están las demencias; ii. La infantilización de la vejez; iii. Problemas culturales, como por ejemplo, la aceptación de la autoridad del profesional o la religión.
 - VIII. La atención a estos pacientes es compleja ya que debe ser pluridisciplinar, médicos de familia, médicos internistas, cardiólogos, especialistas en cuidados paliativos y otros médicos especialistas para atender el resto de patologías frecuentes en las personas ancianas, enfermeras especialistas en insuficiencia cardíaca o en cuidados paliativos, farmacéuticos, asistentes sociales.
- b. La dificultad para el día a día y para acceder a los servicios sanitarios y sociales son limitaciones que impone la insuficiencia cardíaca avanzada al paciente en su vida cotidiana y han de estar incluidas en el plan de tratamiento que debe ser realista y comprensible para el paciente y el cuidador.

Las limitaciones afectan a la dieta, el reposo, el ejercicio o la medición de constantes de autocontrol como el peso, la tensión arterial o el pulso o al tratamiento con medicamentos. Estas restricciones implican dietas especiales no siempre disponibles fuera de casa o el acceso a los equipamientos (ascensores, rampas, etc.)

- c. La polifarmacia es un problema múltiple:

- I. Recordar y reconocer las pastillas y la hora de administración de cada una de ellas,
 - II. Saber cuándo es aconsejable evitar o aumentar la dosis,
 - III. Reconocer y saber qué hacer ante los efectos adversos ligados a la medicación.
 - IV. Las servidumbres de la medicación como la diuresis forzada que interfiere con la compra de víveres.
 - V. Las múltiples visitas a los diferentes profesionales, la coordinación de las visitas o la organización de los desplazamientos.
 - VI. Los errores de medicación por parte del paciente o del cuidador o de los profesionales: La falta de normas que regulen la apariencia de los principios farmacéuticos permite que el mismo principio activo se presente en formas diversas según el fabricante dificultando su reconocimiento.
- d. Los desafíos y las barreras para unos cuidados óptimos. Los problemas relacionados con la continuidad, con la disponibilidad de la información, en particular fuera de horas, o las pocas opciones de tratamiento paliativo que son motivo de agravio comparativo respecto a otras enfermedades con mayor resonancia social pero no peor pronóstico, como el cáncer.
 - e. Los problemas relacionados con la atención urgente. La falta de información, por un lado, o la falta de un profesional de referencia hacen que el paciente no sepa cuándo ha de avisar al servicio de urgencias con lo cual aumenta el uso evitable de los servicios urgentes, además muchos de estos casos de admisión urgente acaban con el paciente en unidades de hospitalización que no son las adecuadas y atendidos por personal que no es el habitual.

Cabe preguntarse, también, cómo llega la información generada por esos ingresos al resto del equipo que trata al paciente. Es lo que se conoce como cuidados de transición.

Prevenir las visitas a los servicios de urgencias mediante una mejor información al paciente o al cuidador y programar los ingresos produce un uso mejor y más eficiente de los recursos y es más satisfactorio para el paciente, los cuidadores y el personal sanitario.

La atención a los pacientes con insuficiencia cardíaca necesita *continuidad* en las tres vertientes: interpersonal, de información y de gestión. El problema debe abordarse desde la organización y el liderazgo.

6.4. Atención a los pacientes con cáncer

La atención a los pacientes con cáncer no suele ser responsabilidad de los médicos de familia sino que, a partir del diagnóstico, suelen ser atendidos por los servicios de referencia de segundo o tercer nivel. El así llamado *continuum* del cáncer comprende desde la definición de la población de riesgo de padecerlo, hasta los cuidados del final de la vida, por lo que, al intervenir distintos especialistas, la asistencia es indefectiblemente fragmentada. Cada uno de estos especialistas se ocupa de una parcela de la atención: médicos internistas, cirujanos oncológicos, oncólogos médicos, radioterapeutas, personal al cuidado de los pacientes hospitalizados o de los atendidos en los hospitales de día de oncología, médicos de cuidados paliativos, farmacéuticos, técnicos de radiología, de radioterapia, de laboratorio, nutricionistas, psicólogos, asistentes/ trabajadores sociales. Y, en el caso, de los hospitales universitarios con programas de docencia se suman los

estudiantes de medicina o de enfermería, los médicos residentes en formación y el personal investigador. Aunque, en definitiva, entre todos, atienden a un paciente con diagnóstico de cáncer.

Los pacientes que proceden del mundo rural o de ciudades pequeñas en las que no suele haber atención oncológica, son remitidos a los hospitales de referencia donde se enfrentan a esa realidad asistencial laberíntica lejos de su entorno social. En esta mudanza, es fácil que el paciente pierda las referencias de *continuidad* interpersonal, geográfica, *continuidad* de la información o de la gestión. La *continuidad* en esos casos significa complejidad porque debe abarcar áreas diferentes e implicar a muchos profesionales y a la organización, pero, al mismo tiempo, para el paciente la *continuidad* significa calidad, confianza y dignidad, ya que la información de la que disponen los profesionales que lo van a atender lo identifica como persona, le llega a quien él conoce y adonde él está.

En la RMP las necesidades de información compartida afectan a las siguientes áreas:

- a. En el área de la comunicación y de la información: Información de los profesionales y proveedores sanitarios entre ellos, a los médicos de familia y a los pacientes y cuidadores,
- b. En el área de coordinación: entre los profesionales partícipes, en la transición entre los distintos centros implicados (centro de referencia, domicilio o entorno de residencia), entre una orientación terapéutica curativa a una paliativa y en la transición dentro de los diferentes niveles de asistencia, desde el médico de familia al súper especialista de referencia.
- c. En el área de cuidados: los planes de cuidado a corto y largo plazo y la comunicación y organización de dichos planes al paciente y a todos los implicados en el cuidado,
- d. En el área de formación: el adiestramiento del paciente y de todos los implicados en el cuidado.

El objetivo ha de ser que, a pesar de la complejidad del entorno asistencial, el paciente conserve una experiencia de *continuidad* entre todos los fragmentos, que la *experiencia* sea de interconexión entre todos los implicados, que el propio paciente sea el hilo conductor de un fragmento a otro pero, a su vez, con un objetivo común que es el tratamiento de su enfermedad y con un médico responsable de la atención.

La supervivencia de los pacientes afectos de cáncer ha mejorado notablemente en los últimos años así como el porcentaje de curaciones. Las personas que sobreviven al cáncer padecen más problemas de salud, sufren una mayor comorbilidad y, en general, necesitan más ayuda sanitaria y social. Y además la mayoría de estas personas son mayores de 65 años, lo cual quiere decir que es más probable que acumulen más problemas de salud. El envejecimiento de la población, añadido a que la prevalencia de la enfermedad aumenta con la edad y al aumento de la supervivencia crean, para la atención sanitaria, un reto de personal y económico, que consiste en a quién y cómo se puede atender y cuál es la mejor manera de financiar la asistencia. Una vez estos pacientes son dados de alta de un servicio de oncología o cuando ya solo reciben consultas de control ambulatorio (296), dado que el número de oncólogos es limitado, el primer filtro a la atención lo constituyen los médicos de familia (297):

En estas circunstancias cabe hacerse varias preguntas. La primera es qué ocurre con estos pacientes, quién se ocupa de la atención de los problemas de salud ya presentes cuando se diagnosticó el cáncer y de los que han aparecido como secuelas del tratamiento del cáncer. La respuesta es sencilla aparentemente, el médico de familia y el oncólogo; pero, en el fondo, no lo

es por varios motivos: a) el oncólogo espaciará las visitas paulatinamente de 3 a 6, 9 ó 12 meses, b) en esta nueva situación el oncólogo se convierte en médico de referencia en un nivel de atención 2º o 3º, lo cual implica que los criterios de acceso cambian, y c) el tercer motivo, es que los conocimientos del médico de familia de las secuelas del cáncer no suelen formar parte de su currículum. Por ejemplo, la enteropatía post-radioterapia o la mielotoxicidad o neurotoxicidad post-quimioterapia.

En consecuencia existe una primera barrera para la atención constituida por: a) los criterios de acceso a los profesionales, y b) los conocimientos necesarios, y c) la formación específica para llevar a cabo este trabajo.

La segunda pregunta hace referencia a la información que llega al médico de familia cuando el paciente con cáncer es dado de alta del servicio de oncología. Toda la información generada durante el curso de la enfermedad y del tratamiento por qué vía y cuál es la información relevante que le ha de llegar. Con relación a esta cuestión también cabe preguntar qué gestor concede tiempo al profesional para leer esos informes, retenerlos, clasificarlos y mantenerlos actualizados.

El *Institute of Medicine* recomienda que se elabore un informe especial en el cual conste todo lo ocurrido desde el diagnóstico, el tratamiento, las complicaciones, etc. Y además que conste el plan de seguimiento y tratamiento futuros, así como los efectos esperables a corto, medio y largo plazo secundarios al tratamiento y cómo monitorizarlos.

Esta es una segunda barrera para la atención de los pacientes supervivientes al cáncer, una barrera que resulta de que la información sobre el paciente está dispersa y en manos o en la mente de diferentes profesionales. Y, además, en sentido bidireccional ya que la información relevante que se genera en el ambiente del paciente y del médico de familia igualmente deberá llegar a los especialistas de segundo y tercer nivel.

Jeffrey Sisler *et al.* han publicado un artículo en la revista *Canadian Family Physician* (298) dirigido a los médicos de familia donde proponen cómo hacer el seguimiento de las pacientes con cáncer de mama que ya se ha convertido en una enfermedad crónica. El modelo propuesto consta de cuatro facetas sustentadas por la *continuidad* de la asistencia entre los diferentes niveles de atención. El papel que recomiendan a los médicos de familia es: a) La vigilancia y despistaje de la reaparición de la enfermedad, b) la evaluación del seguimiento de la enfermedad y encargarse de los efectos físicos y psicosociales, c) la promoción de la salud, y d) la coordinación de los cuidados.

La asistencia de estas pacientes requiere una organización compleja en la cual la *continuidad* juega un papel nuclear:

- a. La necesidad de la *continuidad* en la gestión es evidente ya que debe coordinarse la asistencia en los distintos niveles y en los distintos lugares, junto con el flujo de la información, para que se puedan tomar decisiones coherentes y se apliquen los planes de tratamiento y cuidado.
- b. La *continuidad* en la información es necesaria ya que todos los implicados en los cuidados la precisan para llevarlos a cabo.
- c. La *continuidad* interpersonal facilita el funcionamiento ya que acumula no solo la información escrita sino también la más personal del paciente y además permite, como ya he apuntado anteriormente, que este no deba empezar de cero en cada consulta o no se enfrente cada vez a caras nuevas.

Por ejemplo, un enfermo con un cáncer que afecta al espacio parafaríngeo para su atención necesita por lo menos especialistas en: Medicina de Familia, Medicina Interna, Radiodiagnóstico, Cirugía ORL, Cirugía Máxilo-facial, Anatomía Patológica, Cirugía Plástica y Reparadora, Hematología, Foniatría, Logopedia, Radioterapia, Oncología Médica, Cuidados Paliativos, Nutrición, Rehabilitación, Anestesiología, Farmacia, Psicología o Psicooncología, además del personal que atiende a los pacientes hospitalizados, el hospital de día, los quirófanos, los técnicos de imagen, los técnicos de los laboratorios y el personal de administración que se ocupa de la atención al paciente, de que los resultados de las pruebas lleguen a las historias clínicas y a los diferentes destinatarios y de programar la atención. A todos estos profesionales se suma la atención fuera del hospital y la que no está relacionada con el cáncer (para tratar, por ejemplo, las enfermedades previas o las que aparecen a consecuencia del tratamiento), más los asistentes sociales (que organizan la ayuda social, los traslados desde el domicilio, etc.). La mayoría de estos profesionales están en contacto directo con el paciente y generan información imprescindible para la actuación del resto de profesionales.

En 2012 Michèle Aubin *et al.* publicaron en la *Cochrane Database Systematic Reviews* una revisión bibliográfica de las intervenciones para mejorar la continuidad de los cuidados (33) en el seguimiento de los pacientes afectos de cáncer (más del 50% de los pacientes enrolados eran adultos). Estas intervenciones intentan solucionar el problema de la discontinuidad en la atención a estos pacientes ya que la continuidad se considera esencial en su asistencia (20). Las intervenciones incluyen cómo se organizan los cuidados orientados a mantener todo el espectro de la *continuidad*: de información, de gestión e interpersonal. La revisión muestra que el problema de la discontinuidad no es exclusivo de un solo país ya que recoge estudios realizados en nueve países distintos (Australia, Canadá, EEUU, Francia, Noruega, Países Bajos, RU, Suecia, Taiwán). El número de pacientes en cada uno va de 28 a 1.388 y el seguimiento desde poco menos de un mes a más de 5 años. En la revisión se tiene en consideración la etapa de la enfermedad: durante el tratamiento, después del alta del servicio de oncología, durante los Cuidados Paliativos y un cuarto grupo que recoge los artículos que no separan por fases. A pesar de que los estudios son muy heterogéneos, atendiendo a la envergadura de la revisión, este metaanálisis permite elaborar una aproximación a cuáles son los tipos de intervenciones usados para mejorar la *continuidad*. De los 51 estudios analizados sólo uno tiene como objetivo mejorar la *continuidad*. Los 50 restantes están incluidos porque el tipo de intervención está recogido en la bibliografía como una solución a la discontinuidad. La *continuidad* de los cuidados la consideran como un atributo de la calidad y no un objetivo en sí misma (33) y debe ser tenida en cuenta por lo que se consigue a través de ella. Así en estos 51 artículos analizados en el metaanálisis se miden los resultados en el paciente, como por ejemplo la influencia sobre el estado físico o mental, la satisfacción o la calidad de vida. Para valorar los resultados tienen en cuenta que se trata de una enfermedad, a menudo, de mal pronóstico cuyo tratamiento puede generar secuelas graves. Algunos artículos recogen la influencia sobre el personal sanitario o sobre el uso y accesibilidad de los servicios sanitarios, la coordinación o la disponibilidad y la transferencia de la información. La definición de *continuidad* que utilizan en el estudio es la que ya conocemos: una experiencia del paciente que debe vivir la atención sanitaria como algo coherente, con la sensación de estar apoyado y en contacto con el sistema sanitario, que el control lo tiene el propio paciente y que la misión del sistema sanitario es favorecer, más que proveer la *continuidad* y realimentar a los profesionales para que a su vez aporten sus conocimientos.

Estos son los modelos de organización y las intervenciones que potencialmente muestran mejores perspectivas para mantener las distintas facetas de la *continuidad*:

- a. El primer grupo lo constituyen los estudios centrados en los cuidados compartidos entre los especialistas de 2º y 3º nivel y los médicos de familia, y son estudios diseñados más específicamente para mejorar la *continuidad* de la información y la de gestión.
- b. El segundo examina la gestión de casos por un profesional sanitario, generalmente personal de enfermería, que es responsable de organizar, coordinar y mantener una red de apoyo que cubra las necesidades del paciente y familiares. Este es el modelo que incide más favorablemente en la mejora de la *continuidad* interpersonal y de gestión.
- c. El tercero estudia los equipos interdisciplinarios con profesionales comunicados y coordinados entre sí. Este modelo se planifica para mejorar la *continuidad* de la información y de la gestión y se usa, sobre todo, en la planificación de los cuidados especiales como los Cuidados Paliativos.
- d. El cuarto grupo es el formado por los que usan estrategias encaminadas a paliar la discontinuidad involucrando a los pacientes, a los profesionales o a ambos.

Las intervenciones típicamente gestionadas y dirigidas por los profesionales sanitarios son:

- a. La comunicación y discusión de casos entre profesionales a distancia, la elaboración e implantación de protocolos de tratamiento o de diagnóstico, las directrices y recomendaciones y la coordinación y el asesoramiento de los tratamientos. Estos tipos de intervenciones crean algoritmos de actuación que contribuyen a mejorar la *continuidad* en la gestión de los casos o la interpersonal.
- b. Diseñar una estrategia para implicar al paciente como, por ejemplo, el registro diario de síntomas, anotados por el enfermo y consultado por el profesional. Este registro crea una actividad dinámica, útil para ambos, siempre que los profesionales lo usen como fuente de información, y de adiestramiento para orientar los tratamientos, por ejemplo, en la asistencia a enfermedades agudas y crónicas, el tratamiento del dolor o el de la insuficiencia cardíaca.
- c. Las organizaciones y las instituciones sanitarias pueden participar mediante la creación y sostenimiento de redes dirigidas a los pacientes y a los profesionales: I. Seguimiento clínico telefónico de los pacientes, llevado a cabo por personal sanitario; II. Plataformas de comunicación y discusión de casos entre profesionales, como, por ejemplo, videoconferencias; III. Cambios en los sistemas de historias clínicas que facilitan la accesibilidad a distancia y mejoran la continuidad de la información o de la gestión.

Estos estudios constituyen una muestra de que se invierten esfuerzos y recursos en conseguir y mantener la *continuidad*. Existen criterios para evaluar que la inversión en esfuerzo y recursos se justifica por los resultados obtenidos. Estos criterios tienen relación con la seguridad, el beneficio del paciente y del médico o la eficiencia.

- a. No comprometen la seguridad del paciente.
- b. Evitan problemas médicos.
- c. Benefician a los pacientes.
- d. Cuando el beneficio a los profesionales sanitarios es consecuencia de aumentar la satisfacción del paciente o la calidad de vida.
- e. Promueven una mayor eficiencia.

En el caso de los pacientes con cáncer los beneficios son más difíciles de medir por la propia naturaleza de la enfermedad, por el pronóstico y el deterioro de la salud que conlleva la enfermedad y el tratamiento, y porque, en la última etapa, suele acarrear una carga sanitaria y de sufrimiento humano considerables.

La revisión de M. Aubin *et al.* (33) no permite extraer conclusiones sobre la efectividad de las intervenciones orientadas a mejorar la continuidad de los cuidados: ni en los resultados para los pacientes, ni para los proveedores sanitarios ni para los procedimientos de los cuidados. La revisión compara artículos cuyo primer objetivo no es medir la *continuidad* asistencial, estudios que se han realizado con metodologías diferentes entre sí y, como comentan los autores al final del artículo, el análisis de los resultados muestra que el grado de evidencia logrado es muy bajo en todos los casos. No obstante, la *satisfacción* es mayor y la calidad de vida mejor en los grupos en los cuales se ha intervenido para mejorar la *continuidad* (33).

El examen de los resultados de la intervención muestra que la *continuidad* asistencial es valiosa para los pacientes y para los profesionales y proporciona argumentos para fomentarla y reforzarla:

- a. Fomentar la participación de los médicos de cabecera en el seguimiento de los pacientes con cáncer durante el tratamiento con quimioterapia y en el seguimiento posterior (42, 297, 298). Estas intervenciones aumentan la satisfacción de médico y paciente y consiguen que el acceso a los servicios sanitarios sea más fácil y ágil y que le atienda el profesional que le es más familiar.
- b. Las estancias en el hospital de los pacientes con cáncer terminal son más cortas en los pacientes de los grupos con intervención y un mayor número de pacientes mueren en su domicilio (38, 40, 41).

Los pacientes con cáncer avanzado añaden un nuevo matiz a la descripción de la *continuidad*: los conocimientos adquiridos para actuar proactivamente. Los pacientes con cáncer avanzado que necesitan cuidados paliativos son enfermos cuyos cuidados son complejos porque abarcan una gama amplia de objetivos:

- a. Por un lado la atención a la propia enfermedad si todavía está en una situación en la que se puede beneficiar de tratamiento activo, más la atención a los síntomas y al confort y el apoyo psicológico para afrontar la última etapa de la vida, y
- b. Por otro lado, la atención a los cuidadores, que incluye aprendizaje de las técnicas de cuidado y de los signos de alarma que alertan sobre la necesidad de buscar ayuda profesional urgente más, apoyo psicológico, en particular cuando los cuidadores son allegados cercanos,
- c. Y por último la necesidad de apoyo social (trabajadores sociales, centros asistidos, permisos en el trabajo para cuidar a allegados).

El cuidado de estos pacientes se optimiza con la atención de profesionales, enfermeras y médicos, formados en Cuidados Paliativos pero cuyo número es insuficiente en muchos países, para atender las necesidades de una población con tendencia al envejecimiento y al aumento de la prevalencia de las dolencias crónicas. Las instrucciones para el autocuidado por parte de los pacientes o la enseñanza a los familiares y a los cuidadores se ha convertido en una necesidad. De ahí la importancia de esta definición de la *continuidad* que incluye los conocimientos que contribuyen a asumir y afrontar la situación del final de vida y ser asistido por interlocutores elegidos por el paciente, a los que se ve unido por una relación de confianza forjada a lo largo de las visitas sucesivas. Esta definición también implica la necesidad de un equipo de profesionales con la

formación precisa para desarrollar esta actividad. La falta de formación y de cuidados especializados provoca un mayor número de visitas a los servicios de urgencias y experiencias negativas en el paciente, como falta de atención o abandono y sufrimiento prevenible. Y un último aspecto es el referente a la necesidad de información del paciente para situar sus expectativas en la realidad.

En suma, la experiencia de la *continuidad* para estos enfermos es la de interconexión y coherencia con sus necesidades asistenciales, interconexión entre todos los que participan y coherencia entre ellos y con su situación clínica.

Lisbeth Soelver *et al.* (43) entrevistan a 11 pacientes con cáncer avanzado entre abril de 2011 y mayo de 2012, en Dinamarca. La entrevista se lleva a cabo en el domicilio del paciente después del alta hospitalaria y ninguno de ellos estaba recibiendo atención especializada por parte de un equipo de Cuidados Paliativos. El objetivo de la entrevista era, desde la perspectiva del paciente con cáncer avanzado, identificar y describir los factores que afectan al establecimiento y mantenimiento de la *continuidad* durante y después de una hospitalización para reconocer y aliviar los problemas físicos y emocionales que presentaban. A los pacientes les resultaba difícil describir su *experiencia* haciendo referencia solamente a la última hospitalización, preferían hacer una descripción basada en la suma de las distintas hospitalizaciones y hacer una síntesis entre los ingresos en las diferentes áreas médicas, quirúrgicas o en oncología, remarcando que cada una de ellas tiene su propia estructura y cultura. Este grupo de pacientes describe la relación con los profesionales como agradable y de ayuda, pero paradójicamente, al mismo tiempo, se muestran descorazonados porque perciben que:

- a. La actitud de los profesionales frente a algunos problemas es “esto a mí no me incumbe” o “no está entre mis responsabilidades”
- b. No los tratan como a personas, sino simplemente como un caso más. Los profesionales no establecen un diálogo con el paciente sobre preferencias personales. Esta experiencia les induce a pensar, que la enfermedad está tan avanzada que no hay remedio posible o, que no se les toma en serio.
- c. Una de las consecuencias del apartado anterior es que los pacientes no reciben instrucciones sobre los problemas posibles ni sobre cómo solucionarlos. En algunos servicios se ofrece a los pacientes la posibilidad de conectar con profesionales de referencia a los cuales acudir en caso de necesidad, pero en otros no.
- d. El paciente adopta la actitud de minimizar los conflictos. Incluso se crean sentimientos de culpa por interferir en el trabajo de los profesionales. O, confiando en la calidad de los profesionales, el paciente interpreta que no es posible ofrecer otros cuidados.

El resultado es descorazonador para los pacientes ya que es contradictorio, por un lado piensan que los médicos son de gran ayuda, pero al mismo tiempo se sienten decepcionados porque esa gran ayuda no se materializa en la solución de los problemas. Los pacientes expresan falta de *continuidad* en la asistencia como origen de la sensación de desatención.

Y cuál es la valoración de la actuación de los profesionales:

Los pacientes se quejan de que la acción del profesional no sea proactiva, que no se les suministre información suficiente que ayude a adelantarse a los problemas y a entenderlos por lo que la dependencia de la atención profesional crece al tiempo que disminuye la calidad de vida.

El contacto con los profesionales es corto, cuando no inexistente y crea la sensación de desapego. Esta sensación persiste incluso cuando el profesional está presente y actúa. Por ejemplo, mientras se realizan las técnicas de cuidado hablan entre sí de sus propios asuntos.

Al no estar ya bajo tratamiento oncológico el paciente se siente en tierra de nadie y concluye que su enfermedad es tan grave que ya no se le puede ayudar o que no se le toma en serio. Cuando el profesional es un desconocido, aumenta la sensación de inseguridad.

Cuando el profesional no ve al paciente como a una persona, deja de ocuparse de las instrucciones de autocuidado y de prestar atención a los problemas que probablemente van a aparecer o a cómo resolverlos. Los pacientes se quejan de falta de información sobre a quién acudir en caso de necesidad, cómo y cuándo contactar o cuándo acudir al servicio de urgencias.

Como el paciente sabe que va a necesitar ayuda y cuidados por parte de los profesionales sanitarios intenta evitar conflictos con ellos porque siente que depende de ellos, de su benevolencia o de su buena voluntad y achaca la falta de atención al exceso de trabajo o incluso se culpabiliza por contribuir al estrés del profesional.

6.5. Cuidados paliativos

Los avances en el tratamiento del cáncer han conseguido cambiar el curso de la enfermedad, aumentar la expectativa de vida y, en algunos casos, convertirlo en una enfermedad crónica. No obstante, cuando la enfermedad progresa a pesar del tratamiento, es preciso abordar la enfermedad desde el punto de vista no curativo sino desde los Cuidados Paliativos.

La OMS define los Cuidados Paliativos como el modo de abordar la enfermedad avanzada e incurable que pretende mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes que afrontan una enfermedad como de sus familias, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento a través de un diagnóstico precoz, una evaluación adecuada y el oportuno tratamiento del dolor y de otros problemas tanto físicos como psicosociales y espirituales. Esta definición es aplicable a los enfermos de cáncer y también a otros enfermos con enfermedades incurables en la etapa final. Aunque la definición no incluye una duración temporal, los especialistas en Cuidados Paliativos suelen atender a pacientes con una enfermedad terminal y una esperanza de vida inferior a seis meses. Por otra parte, es muy importante que incluya en la definición el bienestar de la familia, porque indica el propósito incluyente y global de los cuidados.

La asistencia paliativa es compleja ya que incorpora una atención multidisciplinar en la que participan médicos, enfermeras, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacéuticos, psicólogos o asistentes sociales. La complejidad de la asistencia paliativa es un problema agravado por la escasez de profesionales formados en esta disciplina y por la falta de planes integrales de Cuidados Paliativos. De ahí que proporcionar los cuidados paliativos básicos se haya convertido en una necesidad y obligación para los médicos que atienden a pacientes con cáncer en cualquier nivel de asistencia (primario, secundario o terciario).

Pero para que esta colaboración sea posible es necesario integrar la *continuidad* de los cuidados entre el médico de familia y el servicio de oncología o de cuidados paliativos. Y para la atención de estos casos el conocimiento personal es fundamental, tanto entre profesionales como del paciente, ya que ayuda a la identificación precoz de los problemas y a ofrecer una intervención adecuada. Los médicos de familia ofrecen ayuda en la atención de diversas maneras: a) compartiendo la atención con la hospitalaria, es decir, transferencia de toda la atención al médico de familia o bien, b) ofreciendo la atención complementaria, es decir, al resto de problemas

médicos que no son el cáncer. En el medio rural compartir la atención ha mostrado resultados excelentes (297).

La relevancia de la *continuidad* en la asistencia se confirma de nuevo como fundamental, en las tres vertientes ya mencionadas: de conocimiento de la historia clínica (*continuidad* de información), de coordinación entre profesionales (de gestión) y de conocimiento personal con profesionales claros de referencia (interpersonal) y ha de conducir a que la *experiencia* del paciente sea coherente, coordinada y ajustada a sus necesidades.

6.6. Experiencia de los pacientes

Ya se ha visto que el término *continuidad* de los cuidados es un término confuso que ha sido utilizado para denominar conceptos diferentes desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo. A pesar de que se han hecho esfuerzos para unificar la definición (26, 29, 31). Cathal Doyle *et al.* (32) incluyen bajo el término “*experiencia* de los pacientes” un grupo de conceptos entre los cuales está la *continuidad* de los cuidados junto a los que otros autores desglosan a partir de la *continuidad*. Pero, si se es capaz de medir la experiencia del paciente, el resultado proporcionará una visión global de la asistencia.

El *Institute of Medicine* y el *NHS Outcomes Framework* incluyen la *experiencia* de los pacientes como uno de los pilares del trípode de la calidad en el mundo sanitario junto con la eficacia clínica y la *seguridad* de los pacientes. Y exploran qué les une y cuál es la evidencia que apoya esta relación. Al tener en cuenta la *experiencia* del paciente se favorece su participación en los cuidados y en la toma de decisiones y se promueve una relación terapéutica (32). La sustitución de *experiencia del paciente* por *experiencia de la persona* es común como técnica de marketing pero no son lo mismo ya que el paciente está sometido a unos elementos de presión y de vulnerabilidad relacionados con su enfermedad que las personas no pacientes no tienen, por lo tanto yo voy a mantener el término experiencia del paciente.

La *experiencia* se construye a partir de la interacción del paciente con los distintos servicios que participan en la atención. El paciente es el receptor de los cuidados y los observa, los juzga y los sufre. El control del dolor, el mantenimiento de las instalaciones, el trato del personal, la relación con los médicos, con las enfermeras o con el personal de las consultas o los cuidados de transición son algunos de los aspectos que el paciente utiliza para construir su *experiencia* con los servicios sanitarios.

En la *experiencia* del paciente se reconocen dos dimensiones, la primera hace referencia a los aspectos interpersonales de la atención sanitaria, por ejemplo la actitud de los profesionales (empatía, respeto, incorporación en la toma de decisiones, fidelidad de los médicos hacia los pacientes, honestidad, transparencia, ayuda a los familiares, transmisión de la información en los términos adecuados para el paciente, soporte emocional y psicológico, etc.) y la segunda es funcional ya que valora los aspectos relacionados con la atención (tratamiento eficaz llevado a cabo por profesionales de confianza, atención a las necesidades físicas, limpieza y confortabilidad de las instalaciones, comunicación efectiva entre profesionales, continuidad).

C. Doyle *et al.* analizan un número elevado de estudios publicados en inglés buscando la asociación positiva, negativa o neutra entre la *experiencia* del paciente, la *seguridad* y la efectividad clínica y también cuáles son las intervenciones que mejoran las *experiencias* de los pacientes. Los resultados que obtienen muestran que existe una asociación positiva entre la *experiencia* del paciente, la efectividad clínica y la *seguridad* (32). Estos resultados resaltan la importancia de la evaluación que el paciente hace de la atención sanitaria y por qué incorporarla.

El análisis de esos trabajos muestra que la evidencia de asociación positiva es mayor en efectividad que en *seguridad*. Y esta evidencia de asociación positiva se concentra, en particular, en algunas enfermedades de curso crónico o que pueden dejar secuelas permanentes como la Hipertensión arterial, el cáncer o la supervivencia a un año del infarto agudo de miocardio. También muestran evidencia de asociación positiva en aquellos aspectos de la atención sanitaria donde es necesaria la colaboración del paciente, como por ejemplo, en la adherencia y seguimiento de los tratamientos médicos, en el seguimiento de las indicaciones de prevención o en el uso de recursos. En cambio, la evidencia positiva es menor en el dúo formado por la asociación entre experiencia y calidad técnica y todavía lo es menos en la asociación con la seguridad. En cambio, el estudio de Kyle A. Kemp *et al* realizado en la provincia de Alberta (Canadá) sí muestra una asociación positiva entre la *experiencia* del paciente y los indicadores de calidad y aboga por incorporarla como un indicador de medida de la calidad (294).

La importancia de la *experiencia* del paciente y de su incorporación como un dato para mejorar la calidad asistencial no es simplemente una cuestión teórica, es una obligación ética ligada a la dignidad y al respeto hacia el paciente que tiene recompensa, ya que se suele ligar a la remuneración de la actividad sanitaria.

Aunque no están todavía resueltas todas las dificultades técnicas de cómo mejor recolectar las *experiencias* de los pacientes ni cómo procesarlas de forma eficiente para incorporarlas en la mejora de calidad sobre todo en las áreas que hacen referencia a la práctica clínica (295).

7. RESULTADOS DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL PACIENTE: LA SATISFACCIÓN

Después de acudir al médico los pacientes pueden expresar *satisfacción* o disgusto (satisfacción negativa), que es un estándar de calidad y, junto con la *continuidad*, es uno de los productos de la RMP. Ambos son distintos al diagnóstico, al tratamiento o a los resultados económicos aunque todos interaccionan entre sí y se interrelacionan. La idea de que la *satisfacción* positiva o negativa es uno de los resultados de la relación asistencial se incorporó en los años 70 a partir de las teorías de marketing y progresivamente esta idea se ha dotado de contenido sanitario.

7.1. Definición de satisfacción

Las definiciones que ofrecen el diccionario de la RAE y uno de marketing ayudan a entender qué es la *satisfacción* en la RMP.

- a. De la definición de satisfacción que ofrece la Edición del Tricentenario del Diccionario de la RAE es útil destacar la referencia al “Cumplimiento del deseo o del gusto” ya que ilustra la información que se busca cuando se pregunta a un paciente si está satisfecho con la atención recibida para poder concluir si el paciente está contento y si, llegado el caso, repetiría en el mismo centro sanitario. Y si a esto se añade la definición de satisfacer: “Pagar enteramente lo que se debe. Cumplir, llenar ciertos requisitos o exigencias. Agradar, complacer”, se obtiene un primer panorama de este resultado subjetivo de la RMP en el cual destaca el cumplimiento del deseo, de adecuación, de expectativa, y la noción mercantil de que “se paga lo que se debe”.

- b. La definición que ofrece un Diccionario de marketing¹⁴ aclara otro aspecto: “*Satisfacción* del cliente como fin irrenunciable del marketing. La experiencia que origina un producto corresponde o supera las expectativas que se tenían”. Y señala el origen mercantil de este concepto (67). Pero, al mismo tiempo, insiste en la subjetividad de la relación, acorde, claro está, con la experiencia y las expectativas del paciente con el sistema sanitario. Incorporar la *satisfacción* del paciente como un objetivo constituye, por lo tanto, un motor de mejora hacia una asistencia centrada en él.

La *satisfacción* se definió, a partir de los 70, en el mundo de la sanidad, como una actitud, fruto de la *experiencia* del paciente con el sistema sanitario, que puede ser favorable/positiva o desfavorable/negativa y que implica la comparación del estándar del individuo con lo obtenido de la asistencia.

Una cuestión importante es saber cómo se construye ese estándar individual:

- a. La evaluación es subjetiva, incluye una parte emocional y otra más objetiva. Es individual y la construye cada individuo.
- b. La *satisfacción* es, en primer lugar, emocional.
- c. Si hay congruencia entre las expectativas y lo experimentado, la *satisfacción* es positiva.
- d. La *satisfacción* evalúa diferentes aspectos de la asistencia sanitaria.

La evaluación de la RMP, a través de la *satisfacción*, es una conquista política reciente ya que es una necesidad democrática que los pacientes expongan su opinión sobre los servicios que reciben lo que, lógicamente, se enmarca solo en un determinado entorno tecnológico, social y económico. Por último, también es una obligación legal puesto que se considera un exponente de calidad. Y desde otro punto de vista, la *satisfacción* también es una muestra más del reconocimiento de la autonomía de los pacientes y, por lo tanto, de autorrealización personal.

7.2. Limitaciones metodológicas de las encuestas de satisfacción

Contestar una encuesta de satisfacción es usual después de hacer compras en Internet o al dejar la habitación de un hotel. Igualmente al recibir el alta de un hospital ya es habitual que al paciente se le proponga contestar una encuesta de *satisfacción* sobre los servicios que ha recibido. Las encuestas tienen limitaciones impuestas por el diseño metodológico, el número de respuestas y el coste económico (64). Para evaluar o extrapolar los resultados de las encuestas, los problemas más frecuentes que dificultan la extrapolación son:

- a. El diseño ha de tener en cuenta la población a la que se dirige, el lenguaje debe ser el apropiado e inteligible para un número amplio de ciudadanos entre los cuales conviven iletrados con titulados académicos.
- b. El número de respuestas debe ser suficiente para que los resultados alcancen significación estadística, el intervalo de confianza ha de ser el adecuado, las diferencias en el “*case mix*” deben ser tenidas en cuenta para no introducir sesgos que invaliden los resultados.

¹⁴ Diccionario LID de Marketing Directo e Interactivo

- c. El momento de hacerla, en relación al evento que se encuesta, ha de ser el oportuno e igualmente la periodicidad con que se realiza.
- d. El cuestionario debe adaptarse a las diferencias entre una enfermedad crónica o una aguda, una visita a urgencias o a una consulta habitual, y dirigirse a quién la responde, el propio paciente, el cuidador o un familiar.

Además, aunque esto no sea una limitación metodológica, sí que es relevante saber qué se hace con los datos de los pacientes que responden a las encuestas, dónde se almacenan y durante cuánto tiempo, quién tiene acceso a esos datos y si se destruyen al acabar el estudio. En la gran mayoría de artículos no se especifica lo que, sin embargo, puede tener consecuencias ya que esta información puede ser utilizada por las llamadas compañías mineras de datos (*data mining companies*).

7.3. Valoración de los resultados de las encuestas

Las encuestas pueden contemplar diferentes ámbitos de respuestas complementarios, desde el punto de vista del paciente o del médico e, incluso, incluir un tercer ámbito que es el de la institución. La evaluación desde la perspectiva de los distintos observadores desvela nuevas dimensiones de la salud y valora críticamente los resultados del acto médico o sus objetivos (68).

Por ejemplo, si se valora la mejoría de la obstrucción del flujo urinario que se obtiene con un determinado tipo de cirugía de próstata, el médico medirá los ml/min antes y después de la intervención, el paciente tendrá en cuenta el número de veces que se levanta por la noche para orinar y la conservación de la función eréctil, y la institución, el coste de la intervención o los días de ingreso. El éxito de la intervención será valorado por el médico como un aumento del flujo urinario medido en ml/min, que es un dato objetivo, pero que al paciente le puede parecer irrisorio si no se acompaña de la disminución del número de veces que se levanta de noche, o desastroso si se acompaña de la pérdida de la función eréctil mientras que, para el gestor, inaceptable porque incrementa el coste global del tratamiento y el número de reclamaciones judiciales.

Cuando los resultados de la encuesta discrepan, deberían hacerse otras preguntas. En primer lugar, a cuál de ellos se debe atender: a los del paciente, del médico o a los de la institución, en segundo lugar: cuáles son los intereses que entran en conflicto y cuáles deben prevalecer (65, 66), y, por último, cómo ayuda la *satisfacción* a encontrar la solución.

La información que proporcionan las encuestas de *satisfacción* es muy valiosa. En el Reino Unido, desde abril de 2015, estas encuestas son obligatorias y han venido precedidas por documentos preparatorios que definen cuáles son las metas, los principios y los valores de su sistema de salud y cuáles son los estándares de calidad aplicables (56). Gracias a ello se ha creado un marco de referencia, que subraya el cambio cultural producido al desplazar el foco de atención desde el sistema sanitario hacia el paciente con lo cual consigue situarlo en el núcleo de atención y, además, le otorga no sólo la capacidad de expresar su *satisfacción*, sino que esta valoración deba ser tenida en cuenta por la organización y los profesionales (51, 54, 59). La *experiencia* de los pacientes no solo complementa sino que añade la parte más genuinamente humana y personal, contraponiéndose a la más técnica o científica, más fría y profesional del personal sanitario o de la organización (57, 59, 60). Y dado que es el paciente quien se enfrenta a enfermedades que ponen en peligro su vida o quien corre el riesgo de una incapacidad o quien busca alivio para sus males o mejorar su calidad de vida, resulta, pues, evidente que es él quien debe expresar esas *experiencias* y que deben ser tomadas en cuenta.

Dichas encuestas recogen la valoración global del paciente sobre la atención recibida y, además, en algunos casos, contienen una segunda parte que incide en aspectos más concretos relacionados con la atención a los problemas de salud. Las encuestas pretenden obtener información de todos los aspectos de la asistencia sanitaria:

- a. De la atención recibida, evidentemente, pero, además, de la *continuidad* en la información, la gestión o la coordinación: la atención del personal asistencial, del no asistencial, la coordinación y la comunicación entre los profesionales o con los servicios sociales, la información sobre la medicación, la planificación del tratamiento después del alta hospitalaria, el control del dolor, la incorporación del paciente en la toma de decisiones sobre su salud o sus cuidados, la enseñanza o la ayuda para los autocuidados, la coordinación de los cuidados, el estado de salud en el alta o la calidad de vida.
- b. Del estado de las instalaciones, la limpieza, el ruido, el transporte dentro de la institución, la calidad de la comida, la atención de los servicios administrativos, la accesibilidad, los tiempos de espera en las consultas, la demora en recibir la atención o las listas de espera.

Para aceptar la validez de los resultados, el diseño de las preguntas de la encuesta, la población que la contesta o el número de respuestas son elementos importantes. En el ámbito sanitario, la población encuestada puede ser toda la población como, por ejemplo, en las citadas encuestas que se realizan en Inglaterra donde periódicamente se llevan a cabo por vía postal a varios millones de pacientes atendidos en el NHS (*National Health Service*) de las cuales se obtiene un número de respuestas variable pero que se acerca al millón. U otras que se ciñen a poblaciones agrupadas por ejemplo, los pacientes atendidos en una institución o en una única consulta (54). Todas ellas son las poblaciones diana de las cuales se pretende conocer la valoración que los pacientes hacen de su paso, en tanto que pacientes, por una institución o por una consulta, para saber si la valoración es positiva o negativa.

Las encuestas se realizan tanto a pacientes ambulatorios como ingresados, de cualquier especialidad médica o quirúrgica. En algunos servicios de salud con características especiales, como los de salud mental o las áreas materno-infantiles, se realizan encuestas específicas. Las encuestas suelen ir dirigidas a los pacientes aunque a veces las cumplimenten los cuidadores o los familiares y, además, también se realizan encuestas específicas para estos últimos.

Al centrarse en el paciente, la encuesta reconoce la autoridad del mismo y le otorga protagonismo en la atención sanitaria no sólo como gestor de su propia salud, sino también como partícipe en la gestión de las instituciones aportando su visión crítica. Dichas encuestas se refieren a un estándar de calidad previamente definido (55), aunque al principio, la intención era valorar la *satisfacción* del paciente con el servicio de salud, cada vez se atiende más a la *experiencia* del paciente en los servicios sanitarios que a la *satisfacción* (58). La formulación de una pregunta sencilla facilita que sea respondida por un amplio número de personas y que sea más fácil de analizar, aun a expensas de que los resultados sean más simples. Una pregunta sencilla y muy habitual como por ejemplo: “¿Recomendaría nuestros servicios a amigos o familiares si necesitasen cuidados o tratamientos similares a los suyos?” es una pregunta que por ser cercana al mundo del marketing su respuesta, en apariencia, no aporta información sobre el mundo sanitario pero los proveedores sanitarios la consideran valiosa ya que a mayor *satisfacción*, mayor probabilidad de que se elija de nuevo dicho proveedor (54) y por lo tanto mayor rentabilidad de los equipamientos.

Los datos que se obtienen a partir de esas encuestas son valiosos porque suministran elementos de mejora útiles para los gestores y los clínicos. La situación ideal sería que todos los encuestados

respondiesen y que los resultados fueran tenidos en cuenta como fuente de futuras modificaciones. Sin embargo el problema se presenta al intentar saber qué ocurre con los resultados de las encuestas y si, realmente, se tienen en cuenta para incorporar los cambios apuntados por los pacientes. La primera dificultad para que así sea estriba en que los receptores de esta información, es decir, las instituciones y los profesionales sanitarios, la consideren creíble y útil y no se opongan al cambio porque la información contradiga los conocimientos previos o sea vista como algo amenazante porque va en contra de los intereses de los profesionales sanitarios o de la institución (61). La segunda son los aspectos metodológicos de las encuestas, la interpretación de los resultados o su uso por los políticos, que cuestionan la validez de las encuestas y proporcionan argumentos que justifican que dichos resultados no se tengan en cuenta para introducir los cambios (61). Y en tercer lugar, las instituciones no siempre atienden a dichos resultados ni llevan a cabo las modificaciones sugeridas (58) y, en algunos casos, se han usado con fines exclusivamente mercantiles, para mantener una posición en el mercado de productos sanitarios y no para aumentar la calidad de los servicios prestados. Por último, en el caso de los profesionales tampoco la respuesta es siempre positiva y, en ocasiones, pueden desencadenar, incluso, una reacción defensiva (62).

En Inglaterra, los resultados negativos más frecuentes que apuntan los pacientes son:

- a. La falta de información sobre el pronóstico y el tratamiento,
- b. que no se incorpore la opinión del paciente en la toma de decisiones sobre la salud,
- c. poca ayuda para los autocuidados,
- d. la falta de empatía de los profesionales sanitarios y de ayuda emocional
- e. o unos servicios fragmentados y poco coordinados (56).

Los datos obtenidos (por vía postal, telemática, en mano, entrevistas telefónicas o personales) son amplios y abarcan más allá de la RMP y son cuantitativos y cualitativos dependiendo del diseño y del objetivo. Bajo el concepto de *satisfacción* subyace una evaluación global, en la que está, también, la relación de los pacientes con los profesionales sanitarios. Pero, aunque solo sea parcial, la información es valiosa como demuestra que la mayoría de aspectos negativos expresados por los pacientes se refiera a aspectos de la RMP. Por ejemplo:

- a. Aspectos sobre la *continuidad*, la comunicación o sobre si se involucra a los pacientes/familiares / cuidadores en la toma de decisiones sobre la asistencia sanitaria,
- b. o la falta de empatía de los profesionales,
- c. o una cierta dejación de responsabilidades como la falta de apoyo a los autocuidados.

Otro aspecto a subrayar porque conecta con la RMP, es la correspondencia entre la experiencia de los pacientes y unos mejores resultados de salud tales como: la disminución de la mortalidad, el reconocimiento del buen trabajo en equipo, el seguimiento de las prácticas clínicas y de la medicación recomendada, el uso de recursos o de las prácticas de *seguridad* clínica (32, 52, 53).

La *satisfacción* desvela, pues, la evaluación que el paciente hace de la asistencia sanitaria porque es fruto de la *experiencia* con la asistencia (59). Este producto refleja la comparación entre lo vivido durante la enfermedad frente al estándar del paciente más el estándar sanitario puesto a su disposición por los profesionales y la institución. El estándar del paciente es una mezcla de experiencias previas, psicología propia, el conocimiento adquirido de otros casos supuestamente similares, el coste económico y las propias necesidades. Y enfrente, el estándar propuesto por el

profesional y la institución. Los estándares crean varios relatos, el del paciente, el del proveedor sanitario y el de la institución que pueden complementarse o diferir.

Hasta aquí lo relacionado con la parte de la definición de satisfacción que consistía en cumplir las expectativas. Pero, no se ha abordado, todavía, cómo queda reflejada la idea de “cumplir enteramente con lo que se debe”. Este último aspecto está más oculto porque, en muchas sociedades modernas, los honorarios del médico se pagan a través de una póliza de seguros y no directamente, lo cual aleja al usuario del coste real. No obstante, ya existe una conciencia de que la asistencia no es gratis y que el acto médico tiene un coste, que lo sufraga el ciudadano a través de sus impuestos o de una póliza de seguros, pero que se debe recibir de acuerdo a lo gastado. La mezcla de expectativas y de pagar el precio establecido (que no necesariamente significa lo que cuesta o vale) hace valiosa la *satisfacción* como producto de la RMP y, paradójicamente, al mismo tiempo es su punto débil.

Empezando por el punto débil.

- a. Si la *satisfacción* va ligada a las expectativas cuanto menores sean, más fácil será cumplirlas. O a la inversa, un umbral de expectativas elevado o uno no realista producirá una *satisfacción* negativa. De ahí que la *satisfacción* sea un resultado manipulable: las falsas expectativas creadas por la publicidad, la información sesgada, incompleta o falsa (por ejemplo, desear el mismo tratamiento que le han hecho a un personaje famoso) o las generadas por intereses espurios, obtendrán una *satisfacción* positiva o negativa independientemente de que el resultado sea el adecuado. Desde este punto de vista, la información de la *satisfacción*, aun siendo valiosa, da pie a la medicina defensiva o a la de complacencia.
- b. Además, incluye un aspecto subjetivo que puede llevar a considerar satisfactorio lo que debería ser inaceptable o muy mejorable porque, a pesar de ser la visión del paciente, él mismo no siempre puede contemplar la eficiencia del acto médico (59), lo cual puede llevar, incluso, a sacrificar aspectos relacionados con la calidad técnica.
- c. De entrada, los productos baratos satisfacen más por el precio que por lo que son u ofrecen, pero conllevan que, intrínsecamente, se acepten las limitaciones impuestas por el precio ya que si solo se atiende a él, la *satisfacción* contribuye, como un elemento más, a crear una medicina de primera y otra de segunda o de tercera categoría. Es cierto que, inicialmente, la aceptación se adapta a lo que quiere el paciente pero reduce el concepto (¿o el derecho a?) de salud, lo abarata y lo liga a la capacidad económica de cada uno. Es un concepto claramente económico, que abunda en la mercantilización de la salud y que puede llegar a devaluarla.

Para eludir esta devaluación, las encuestas ya no hablan de “*satisfacción*”, sino de *experiencia* de los pacientes y usarla como instrumento de mejora (56) ya que, entre las constataciones que se han realizado, se ha observado que la *satisfacción* hace que el paciente se sienta protagonista del acto y responsable de su salud y eso contribuye a que se adhiera mejor al tratamiento, a un mejor seguimiento de las recomendaciones del médico (63).

David Gilbert (59) ofrece un ejemplo de esa experiencia en el Reino Unido: el señor Gilbert acompañó a su madre, afecta de una enfermedad de Parkinson muy avanzada, a una consulta médica. Al llegar invirtió 90 minutos en conseguir una plaza de aparcamiento en el lugar donde iba a ser visitada por lo que llegó con retraso a la visita. La larga espera buscando aparcamiento alteró mucho a su madre, de tal manera que fue incapaz de mantener la entrevista con el médico

de forma adecuada y éste interpretó que padecía un problema psiquiátrico con lo cual la remitió al psiquiatra, generando, pues, una visita con otro especialista y una nueva cita en otra consulta...

La experiencia de esta paciente hubiera sido otra si su enfermedad le hubiese permitido caminar (hecho irremediable), si hubiese tenido una plaza de aparcamiento a su disposición acorde a su invalidez (elemento planificable) o bien si el médico que la visitaba hubiera interrogado al familiar acompañante, lo que podría haberse producido si se hubiera respetado la *continuidad* de la asistencia. La experiencia del Sr. Gilbert y de su madre en este contacto con la asistencia sanitaria no fue satisfactoria, a pesar de la capacidad técnica del profesional que les atendió y de que esta anécdota se produce en un contexto bien equipado, de un país desarrollado, con médicos disponibles, instituciones sanitarias y seguro de enfermedad.

Este es el conglomerado que los pacientes usan para construir la *experiencia*. Pero la ecuación expectativas satisfechas igual a *satisfacción* no se cumple necesariamente puesto que se ven moduladas por un factor externo e independiente que es la enfermedad, que sitúa al paciente en un contexto desconocido, en el cual necesita uno o varios guías (profesional sanitario, amigos, internet, etc.). La enfermedad condiciona, además, que el paciente esté dispuesto a aceptar cosas que no aceptaría estando sano (compartir espacio, lista de espera, fallos en el sistema de asistencia, etc.) o que se aceptan porque no hay alternativas y que, sin embargo, no necesariamente afectarán de forma negativa a la satisfacción.

8. VULNERABILIDAD DEL PACIENTE

La enfermedad provoca dependencia porque el paciente necesita cuidados y también porque hace al paciente vulnerable. En la vulnerabilidad se distinguen dos elementos uno externo y otro interno. El elemento externo lo constituye el riesgo, la presión o los impactos a los cuales está expuesto el individuo. El elemento interno se refiere a la indefensión propia de ese individuo provocada por la falta de medios para afrontar esas contingencias sin resultar lesionado.

La vulnerabilidad es uno de los resultados de la interacción entre una persona y su entorno, es decir, es situacional, resultado de la exposición de una persona a una determinada situación. La vulnerabilidad es un estado al cual se llega. Pero:

- Los elementos internos, que son individuales, condicionan el resultado de la exposición de ahí que no todos los individuos sean igualmente vulnerables ante la misma exposición. Para que aparezca vulnerabilidad se necesita alguien susceptible, indefenso, es decir, sin los medios adecuados para afrontar la situación.
- La variabilidad en el resultado frente a la misma exposición desvela las diferentes capacidades de los individuos para defenderse y que estas se pueden potenciar gracias a lo cual, probablemente, pueda disminuir la vulnerabilidad,
- Las consecuencias sobre la persona vulnerable ligadas a la exposición de un agente externo pueden ser muy serias,
- A pesar de todos los elementos citados anteriormente, la previsibilidad de la vulnerabilidad es incierta.

Un ejemplo de vulnerabilidad se encuentra en las personas inmunodeprimidas que son más susceptibles a algunas infecciones y en las cuales las consecuencias de la infección son más graves que en las inmunocompetentes. Con la ayuda sanitaria se puede disminuir la vulnerabilidad de

estas personas, o prevenir las consecuencias de la infección, utilizando medicamentos tales como las vacunas, la quimioprofilaxis con antimicrobianos o unas estructuras físicas que establecen barreras, como, por ejemplo, las cámaras estériles. Aquí, en ese ejemplo, se observa cómo la sociedad y sus políticas inciden en la disminución de la vulnerabilidad o de sus consecuencias. Ciertas protecciones que tienen que ver con el estilo de vida también contribuyen a ello como, por ejemplo, el uso de preservativo por parte de los trabajadores sexuales mientras que, a su vez, algunas ideologías contribuyen a lo contrario, extendiendo las ITS, al asociar prevención a pecado. Otras veces la protección depende de la aceptación de políticas sociales, como, por ejemplo, los programas de intercambio de jeringuillas; las narcosalas, rechazadas frecuentemente por los movimientos vecinales o la lucha contra el estigma asociado a algunas enfermedades.

Se requieren, por tanto, ambos factores el interno y el externo, es decir, un individuo susceptible expuesto a un agente externo, como en el ejemplo la persona inmunodeprimida y el agente infeccioso viral; o, como en otro ejemplo, mujer, pobre, inmigrante ilegal, prostituta e infecciones de transmisión sexual. En todos esos casos cada factor se suma al anterior añadiendo vulnerabilidades.

En el ámbito de la salud, las poblaciones vulnerables son los grupos sociales más susceptibles de padecer resultados de salud adversos o con un riesgo incrementado para sufrirlos (70). La vulnerabilidad, que no deja de ser un riesgo diferencial, se manifiesta con el aumento de la morbilidad comparada, de la mortalidad prematura o de una peor calidad de vida.

La localización geográfica es un factor añadido de vulnerabilidad (70). En el medio rural, e igualmente en las islas pequeñas, los problemas que se asocian a ella y que son relatados por los pacientes aluden a la accesibilidad de los servicios sanitarios, que está subordinada por la distancia al centro sanitario, el clima que condiciona el desplazamiento y los recursos sanitarios disponibles en esa zona.

Un ejemplo sobre la vulnerabilidad derivada del lugar donde se vive son las conclusiones del estudio de Francesca Brundisini *et al.* del *Health Quality Ontario* (70)¹⁵:

“Al centrar la atención en la experiencia del paciente sobre su propia vulnerabilidad, este estudio corrobora las inquietudes y los conocimientos previos relacionados con el acceso a la asistencia sanitaria en las áreas remotas y en las rurales (tales como la distancia, el transporte, las condiciones meteorológicas, escasez de profesionales sanitarios y de disponibilidad limitada de servicios sanitarios) y subraya como los comportamientos no saludables y la menor disposición para buscar ayuda médica puede aumentar la susceptibilidad del paciente a los riesgos externos y a la vulnerabilidad. La perspectiva del paciente también destaca el potencial de la cultura rural para exacerbar o mitigar las cuestiones del acceso. La cultura rural puede alimentar los sentimientos de marginalidad respecto al sistema sanitario y promover la reticencia a buscar a buscar ayuda sanitaria. No obstante, pertenecer a una comunidad, personalizar las relaciones con los profesionales sanitarios y la independencia puede ser útiles para afrontar las deficiencias y las brechas de la atención sanitaria en el mundo rural.”

Aunque el mundo rural es muy diverso y los estudios no pueden generalizarse ya que se limitan a áreas geográficas concretas de los países industrializados (70, 71), de ellos se desprende una

¹⁵ Véase: <http://www.hqontario.ca/en/documents/eds/2013/full-report-OCDM-rural-health-care.pdf>. (Consultado el 08-07-2016)

cultura sanitaria de marginación y de desconfianza. En estudios hechos en el mundo rural de Australia y EEUU, de igual manera que en el estudio canadiense citado, se muestra que sus habitantes valoran, sobre todo, la independencia, muchas veces seguir trabajando en labores tradicionales y ser autosuficiente. El paciente para acudir al médico debe abandonar su medio para acudir a otro que es desconocido, trasladarse a costa de perder horas de trabajo, él y su acompañante, y estar sujeto a la disponibilidad y a las condiciones meteorológicas. Además, se enfrenta a una organización sanitaria, a menudo urbana, que tiene sus propias prioridades independientes de las del paciente. La respuesta del paciente suele ser retrasar la búsqueda de ayuda sanitaria. Los factores enumerados, hasta aquí, son factores de vulnerabilidad que tienen consecuencias directas sobre la salud. Frente a esta situación será la *continuidad* de la asistencia la que jugará un papel importante porque minimiza la discontinuidad que la enfermedad introduce en la vida del paciente y, con ello, es capaz de mejorar y disminuir algunos aspectos de la vulnerabilidad. Por ejemplo, creando una relación de confianza entre el paciente y el profesional, favoreciendo que este conozca el entorno del paciente y cuáles son los valores de la comunidad y facilitando que el paciente no se sienta, cada vez que va al médico, un extraño que ha de empezar de nuevo relatando a un extraño una historia, a veces larga, de la cual conoce sus propias experiencias pero apenas los datos genuinamente médicos.

De ahí que las tres formas de *continuidad* mencionadas en el apartado 4.6., sean de gran ayuda y que la *continuidad* deba ser considerada como una obligación bioética ya que es capaz de prevenir lesiones en las personas vulnerables. A saber:

- La *continuidad* en la información para que los datos relacionados con el paciente lleguen hasta el punto de atención más próximo a su lugar de residencia y allí puedan aplicarse los planes de tratamiento teniendo en cuenta los objetivos de los pacientes y los valores de su entorno y, así, poder mantener su autonomía e independencia.
- La *continuidad* en la gestión a través de un profesional con capacidad para coordinar la atención al paciente.
- Y la *continuidad* interpersonal que logre que el paciente se sienta miembro de la comunidad e identifique al profesional también como miembro de esa misma comunidad gracias a la relación personal que mantienen.

8.1. Indicadores de vulnerabilidad

Para medir la vulnerabilidad se han ideado índices que la cuantifican y que alertan de cuáles son los grupos de población más vulnerables para, después, poder actuar sobre ellos y, de ese modo, lograr reducir los resultados adversos de salud. Estos índices contemplan datos de los propios pacientes y del entorno y se calculan a partir de:

Los datos demográficos, como la edad, el sexo o la raza. Así la edad avanzada, el sexo femenino o la raza minoritaria en una comunidad constituyen tres elementos de vulnerabilidad que se suman y que, para combatirlos, se necesita la coordinación de actuaciones dirigidas frente a cada uno de los elementos.

Las enfermedades que padece la persona son otros tantos elementos de vulnerabilidad, que se suman entre sí y a los demográficos. Tanto las enfermedades crónicas como las que están marcadas por un estigma añaden vulnerabilidad. Las crónicas, porque aumentan la dependencia hacia el sistema sanitario y menoscaban las capacidades físicas lo cual, a su vez, aumenta la dependencia. Por ejemplo, la diabetes mellitus que condiciona una

dieta especial, ejercicio físico diario, tratamiento complejo, oral y parenteral, controles analíticos periódicos, y que repercute sobre la movilidad y el control de los esfínteres y requiere numerosas visitas a las consultas médicas. O la EPOC¹⁶ o la Insuficiencia cardíaca que reducen la capacidad física, comprometen la movilidad o necesitan una medicación compleja. Asimismo, las enfermedades identificadas con un estigma como el VIH¹⁷, las ITS¹⁸ o el cáncer son otros ejemplos de factores añadidos de vulnerabilidad. Deben tenerse en cuenta, también, las enfermedades que provocan deterioro cognitivo o de la movilidad.

Y, por último, hay que considerar, además, las condiciones socioeconómicas o un entorno desprotegido por la falta de recursos sanitarios.

A través de los comentarios que se han realizado de los ejemplos aportados, queda claro que la vulnerabilidad se reduce con recursos, cambios sociales, educación y formación de la población. Los aspectos de la vulnerabilidad que se han analizado en este apartado lo hacen desde el punto de vista del paciente. Más adelante, en el apartado 2.15. de la Segunda Parte se ofrece la perspectiva del médico

¹⁶ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

¹⁷ Virus de la inmunodeficiencia humana, agente etiológico del SIDA

¹⁸ Infección de transmisión sexual

DISCUSIÓN - SEGUNDA PARTE

La sanidad forma parte de la vida política de un país en la cual los médicos manejan y controlan las variables invisibles, aunque objetivas, de salud y enfermedad. Este escenario, que es fuente de vida social y política, sirve para analizar algunos aspectos de la RMP relacionados con el prestigio, la autoridad, el poder, la toma de decisiones complejas o la presión que reciben tres de los actores de la RMP —el médico, el paciente y los conocimientos de la Medicina— para orientar o dirigir sus elecciones o sus decisiones o para resolver problemas o conflictos.

1. EL PODER Y LA RMP

Los conceptos de poder, autoridad y prestigio en la RMP son los primeros en los que me voy a detener. Las teorías sobre el concepto de poder han sido y son fuente de análisis y de debate y de extensísima y controvertida literatura en el mundo de la Antropología, el Derecho, la Filosofía, la Lingüística, la Sociología o la Política. Autores como Max Weber¹⁹, M. Foucault²⁰, P. Clastres²¹ o J.M. Royo²², por citar a cuatro entre muchos, lo analizan desde perspectivas diferentes: Michel Foucault, en particular, elabora un pensamiento crítico de las instituciones sociales tales como el sistema carcelario o la medicina, principalmente de la psiquiatría. No es objeto de este trabajo un análisis pormenorizado y exhaustivo del poder o de las relaciones del poder. No obstante, los conocimientos de la Medicina son una de las bases de la RMP y una de las fuentes de autoridad del médico y de asimetría de la RMP. De ahí que, ahora, se incluya una breve referencia al poder, partiendo de las definiciones que proporciona la 23ª edición del Diccionario de la Real Academia.

Las definiciones que ofrece el citado diccionario muestran que los tres conceptos están no solo relacionados sino también incluidos uno dentro de otro.

- Poder: Dominio, imperio, facultad y jurisdicción que alguien tiene para mandar o ejecutar algo.
- Autoridad: Potestad, facultad, legitimidad. Prestigio y crédito que se reconoce a una persona o institución por su legitimidad o por su calidad y competencia en alguna materia.
- Prestigio: Pública estima de alguien o de algo, fruto de su mérito. Ascendiente, influencia, autoridad.

Estos conceptos se aplican a la actividad del médico: tal como puede resumirse de las afirmaciones de los citados autores, la medicina puede ser ejercida como poder, es decir, la probabilidad que un actor con una relación social determinada esté en posición de imponer su voluntad independientemente de la resistencia del otro o de las bases sobre las cuales se fundamente esa probabilidad, o, como autoridad, la probabilidad de que una orden con un contenido determinado sea obedecida por un grupo concreto de personas. La mayor diferencia entre poder y autoridad reside en que el poder va ligado a las características de una persona o de un grupo mientras que la autoridad se sustenta en una posición social o en un rol, aunque también

¹⁹ Economía y Sociedad (México, FCE, 1964)

²⁰ Historia de la Sexualidad (Siglo XXI, 2005)

²¹ La sociedad contra el estado (Virus editorial, 2010)

²² Palabras con poder (Edicions Universitat de Barcelona)

represente una relación de dominación y sujeción. De ahí que a la autoridad, a diferencia del poder, se le exija un consenso que sea aceptado social o personalmente, por tanto, legitimado, y, en el caso de los médicos, que lo sea por los conocimientos de la medicina cualesquiera que sean (medicina holística o alternativa) (165, 166).

La RMP es una relación interpersonal que pudiendo ser simétrica, deviene asimétrica porque el médico ejerce el poder y la autoridad que le delega la sociedad y le concede el conocimiento (72, 165, 166):

- Los conocimientos de la Medicina otorgan autoridad y poder al médico, derivados de dos intereses: a) El que tiene el paciente en conservar o recuperar la salud o en aliviar su sufrimiento y, cuando sea inevitable, llegar plácidamente a la muerte y b) Del interés que tiene el estado en utilizar esos conocimientos para sus propios fines.
- No solo los conocimientos de la medicina sino también las habilidades y responsabilidades del médico son la base de su autoridad y el motivo de influencia sobre el paciente. Como hemos dicho, la autoridad es poder legitimado y tiene una justificación social. Por otra parte, no es absoluta, se modula en la propia interacción entre médico y paciente. Tampoco es fija sino que crece o disminuye según las circunstancias a lo largo de la RMP. La influencia puede transformarse en obligación o en coerción hasta el extremo de conseguir cuerpos dóciles (pacientes sumisos) como una expresión del poder dado que, en el ámbito sanitario, la confusión entre autoridad y poder es fácil y puede conducir a relaciones paternalistas.
- El poder que proviene del estado delega en los médicos la función de cancerbero que le faculta para franquear el acceso a las prestaciones sociales relacionadas con la enfermedad o sus secuelas o para la emisión de certificados de nacimiento, defunción, capacidad para conducir vehículos de motor o para poseer armas o acceder a algunos trabajos.
- Al poder se le puede objetar a diferencia de a la autoridad ya que el primero se sustenta en la fuerza, se impone.
- Y, por último, la fuente de poder y autoridad está, también, ligada al prestigio social de la profesión o a la calidad de experto en salud.

1.1. Niveles de ejercicio del poder

El poder puede percibirse o ser recibido de diferentes maneras: puede ser benigno, persuasivo, manipulador, amenazante o coercitivo. Cualquier autoridad, aunque sea legítima, cuando va más allá del grupo que la legaliza o de los fundamentos que la generaron, se transforma y pierde legitimidad, porque el poder nunca es totalmente neutral o benigno (ver el apartado 1.3 de la Segunda Parte). Todo ese espectro de posibilidades se produce en la RMP porque, de entrada, el médico controla los recursos que afectan a la vida de los pacientes, controla cómo combatir la enfermedad, sabe cómo aliviar el sufrimiento o el dolor, cómo retrasar la muerte, crea y domina el lenguaje médico, posee el conocimiento profesional de las necesidades del paciente y organiza la atención clínica. Y por último, el estado usa los conocimientos de los médicos para otros fines, como mostraré más adelante (ver apartados 1.2 y 1.3 de la Segunda Parte).

El médico ejerce su poder en tres niveles no excluyentes y que coexisten.

- a. La autoridad puede ser usada en interés de terceros, influyendo o persuadiendo al paciente para que acepte una propuesta (tratamientos obligatorios, proyectos de investigación, alternativas a la medicina tradicional) o simplemente defendiendo los intereses de terceros sin que el interés del paciente sea el objetivo (médico de seguros, médico laboral) o usar el poder y actuar en nombre de la seguridad (médicos militares) o del interés público real o supuesto (médicos militares, de salud pública, medicina de guerra o de catástrofes).
- b. Otro nivel es el constituido por el ejercicio de la profesión de forma más o menos altruista: el médico utiliza su autoridad como experto, en beneficio del paciente y contribuye a emanciparlo:
(158, 159)
 - I. diagnosticando y tratando la enfermedad,
 - II. promoviendo el conocimiento de la enfermedad y de la situación clínica para poder anticiparse a las necesidades generadas por la enfermedad,
 - III. adiestrándolo en el autocuidado,
 - IV. apoyándole mediante guías específicas, mensajes a través del móvil o apoyo psicológico (158, 159),
 - V. paliando y tratando el sufrimiento y el dolor,
 - VI. ayudando a que la muerte sea plácida.
- c. Y por último, un tercer nivel en el que el médico utiliza el poder y la autoridad en beneficio propio puesto que es su profesión y se gana la vida con ella, obtiene prestigio social, se desarrolla como persona y como profesional y obtiene los beneficios de la carrera profesional.

1.2. Dominio y creación de lenguaje médico

El lenguaje médico, como todo lenguaje profesional, se crea, fundamentalmente, para expresar nuevas técnicas o nuevos significados relacionados con nuevos conocimientos:

“La tecnología no es simplemente una realidad material o una ingeniería, es una ideación cultural y como tal es parte de nuestra forma de pensar y activar la realidad materializando el pensamiento y humanizando con el uso el artefacto...” (11).

Por otra parte, en profesiones con autoridad reconocida hay una serie de palabras y conceptos que ponen de manifiesto el poder de estos profesionales.

El contrapeso a este poder se consigue con la formación del paciente-cliente y estableciendo una RMP que tienda a la simetría.

En este apartado analizaré el dominio y creación del lenguaje médico ilustrándolos a partir de algunos ejemplos:

La aparición de nuevas palabras como *colonoscopia* o *ecografía* que son ya de uso y comprensión común pero, lo más importante que se debe destacar, es que difunden en la sociedad nuevos conceptos complejos que acaban siendo usados por todos.

El concepto de la *transmisión de agentes infecciosos*, lleva implícito que el profesional conoce la existencia de un mundo microscópico y, por lo tanto, invisible, que puede ser una amenaza para la salud, pero al mismo tiempo, a través del conocimiento de ese mundo microscópico, potencialmente trascendente es capaz de descubrir un estilo de vida o comportamientos ocultos, vistos por la sociedad como poco virtuosos, como en el caso de las ITS o de desvelar las preferencias sexuales y por lo tanto sujetas a estigma por la sociedad, como el caso del SIDA. No obstante, este concepto de mundo microscópico es, ya en la actualidad, conocimiento general y contribuye a ampliar la mente para todos aquellos que manejan el concepto ya que les permite entender que la realidad es mucho más de lo que se ve.

El concepto de *prevención*, del cual las vacunas son un paradigma puesto que incluye la idea de inmunización, no solo se usa en torno a la salud sino que se ha incorporado, con sentido figurado, a conceptos más allá de las enfermedades²³.

Algunas nociones han entrado de lleno en la vida cotidiana: los factores de riesgo cardiovascular que avisan de un peligro no se sabe si inminente u otras de sentido menos transparente como la sangre oculta en heces. La influencia de la dieta en la salud, como por ejemplo la dieta mediterránea pregonada como cardiosaludable²⁴. O sustancias químicas como el colesterol que es un esteroide (un lípido) que se encuentra en los tejidos corporales y en el plasma sanguíneo de los vertebrados y que ha adquirido el título de ser un factor de riesgo cardiovascular denostado y temido²⁵.

El consentimiento informado es otro de los conceptos relacionado con la atención sanitaria. La teoría del consentimiento informado obliga al médico a informar al paciente y a obtener su consentimiento por escrito antes de realizar algunas pruebas diagnósticas o terapéuticas. Fue introducido después de la Segunda Guerra Mundial, para dar poder al paciente porque obliga al profesional a informar veraz y objetivamente a la vez que otorga al paciente la potestad de negarse a la intervención. En torno al consentimiento informado persiste el debate sobre qué es una información veraz y objetiva y quién la confecciona. Inicialmente se ideó, tal como se acaba de decir, como una manera de dar poder al paciente, de equilibrar el poder dentro de la RMP pero, actualmente, corre el riesgo de convertirse en un trámite burocrático y ser considerado más como una protección del profesional frente a las reclamaciones judiciales que como un procedimiento para que las decisiones se tomen conjunta y responsablemente entre el paciente y el médico, es decir, de una medicina defensiva. El consentimiento informado también ha sido usado para limitar el derecho de las mujeres al aborto, obligando al médico a informar usando un lenguaje emocional y enfatizando, cuando no falseando, los riesgos del aborto (172)²⁶.

Más allá de todo lo expuesto, la aplicación de estos nuevos conceptos mueve, además, a la acción ya que, cuando se da el caso, significa que se han de tomar medidas tales como modificar el estilo de vida, cambiar la alimentación, evitar algunos nutrientes o bien practicar una exploración médica, como una colonoscopia. Y es tal la autoridad de los médicos que personas asintomáticas

²³ ver en la 23ª edición del Diccionario de la RAE la definición de la palabra vacunar

²⁴ Véase: <http://dietamediterranea.com/> (Consultado el 30-05-2017)

²⁵ Véase: <http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/colesterol.html> (Consultado el 30-05-2017)

²⁶ Ver apartado 1.3.1. y la tabla de la referencia 172

aceptan estas acciones e, incluso, a veces, las reclaman. Algunas de estas acciones conducen a sobrediagnosticar y a sobretratar como analizaré más adelante²⁷ .

Sin embargo, ante ciertos problemas, como, por ejemplo, la presencia de sangre oculta en heces, se generan acciones peligrosas como la colonoscopia cuyos riesgos asociados son: las complicaciones relacionadas con la sedación, la perforación del colon cuyo tratamiento a veces necesita cirugía o una hemorragia secundaria a la extirpación de un pólipo, peligros conocidos por el médico pero que no son de dominio público lo que demuestra que sólo el profesional, posee todo el conocimiento: el de descubrir el problema de salud, ponderar los peligros, decidir la actuación o no.

1.3. La confianza

La confianza del paciente en el médico refuerza la estructura de autoridad y poder al mismo tiempo que humaniza la relación:

- En los cuidados a las mujeres con cáncer de mama el papel de la confianza ha sido ampliamente estudiado; las pacientes que confían en su oncólogo están menos angustiadas, participan más en el proceso de toma de decisiones y siguen más las recomendaciones (202).
- La comunicación verbal y no verbal es importante para crear el clima de confianza, sin embargo, avances como la incorporación de la tecnología de registro de las historias clínicas, por ejemplo, los ordenadores, crean barreras sobre todo para la comunicación no verbal.

El carácter transaccional de la confianza genera riesgo para el paciente ya que lo vuelve vulnerable debido a que, a través de ella, el paciente deposita bajo la custodia del médico una parte de sí mismo en forma de información o, incluso, le cede el propio cuerpo.

Al reflexionar sobre la *continuidad*, y teniendo en cuenta las características y aspectos antes analizados, una RMP larga: a) permite un mayor conocimiento entre médico y paciente con lo cual la transacción se realiza en dos direcciones, médico-paciente y paciente-médico, b) genera una mayor confianza y, probablemente, también una mayor seguridad, y c) afianza el poder del médico ya que, a su vez, añade los méritos personales a la pericia profesional.

Velada por la confianza subsiste, no obstante, una relación de poder que provoca que una de las partes, en este caso el paciente, acepte una posición de sumisión porque da por supuesto que el médico velará por sus intereses. El paciente acepta ser vulnerable porque asume que la primera lealtad del médico es hacia él, porque asume que los conocimientos de la medicina solo se aplicarán de manera adecuada, en su propio beneficio o por lo menos no en su perjuicio y se utilizarán de manera fiel a las obligaciones creadas por las circunstancias, respetando las indicaciones que él mismo haya dado. La confianza del paciente es necesaria, además, para que el trabajador sanitario lleve a cabo su trabajo y, al mismo tiempo, permite que el paciente transfiera al médico algo de su propiedad, generalmente información o incluso su propio cuerpo (84), en definitiva, la transferencia de la custodia de algo que el paciente posee y valora. Esta transferencia constituye el aspecto transaccional de la confianza.

²⁷ Ver apartado 8.3 de la Segunda Parte.

La custodia es una obligación moral porque es el fruto de la confianza. Como otras obligaciones morales de los profesionales sanitarios, esta tiene límites, impuestos sobre todo por los derechos de terceros y por el Bien Común o público (con todas las dificultades que conlleva delimitar el significado de Bien Común), lo que implica algo que el paciente no considera, a saber que el médico no solo piensa en él cuando lo está tratando. Esta misma confusión sobre los intereses que mueven al médico también la demuestran los propios profesionales cuando olvidan que su primer interés ha de ser el paciente y priorizan su propia ideología o el interés de la institución que lo contrata (77) o cuando el estado pretende obligarlos a usar un lenguaje determinado, ideológico o científico (160, 161, 162).

1.3.1. El caso de la ley del aborto en Dakota del Sur (EEUU)

En 2008 se promulgó una ley en Dakota del Sur (EEUU) que obliga a los médicos a decir a las mujeres que solicitan abortar que “están acabando con la vida de un ser humano completo, separado y único con el cual mantiene una relación que está protegida por la Constitución de EEUU y por las leyes de Dakota del Sur y que el aborto acaba no solo con esta relación, sino también con los derechos constitucionales relacionados con esta relación”²⁸. La ley también obliga a que se detalle a la mujer los riesgos estadísticamente significativos de depresión y otros daños psicológicos, suicidio, peligro para futuros embarazos y muerte. En la visita, el médico tiene que decir la edad aproximada del feto y describir su grado de desarrollo. Toda esta información debe darse por escrito y la mujer debe firmar todas y cada una de las páginas del documento. Además, el médico debe escribir en la historia clínica que ha suministrado toda esa información y que la mujer la ha entendido. En caso de no realizar todo ese proceso de información (y consentimiento informado), el médico puede ser sancionado e inhabilitado durante 2 años (172).

En la tabla siguiente se describe un proyecto de 2005 del estado de Dakota del Sur (EEUU) sobre el consentimiento informado para los casos de aborto ese mismo estado:

Provisions of South Dakota's 2005 "Informed-Consent" Law for Abortion.
The law includes the following provisions among disclosures that must be made to any pregnant woman before an abortion is performed:
That the abortion will terminate the life of a whole, separate, unique, living human being;
That the pregnant woman has an existing relationship with that unborn human being and that the relationship enjoys protection under the United States Constitution and under the laws of South Dakota;
That by having an abortion, her existing relationship and her existing constitutional rights with regards to that relationship will be terminated;
A description of all known medical risks of the procedure and statistically significant risk factors to which the pregnant woman would be subjected, including:
Depression and related psychological distress;
Increased risk of suicide ideation and suicide;
A statement setting forth an accurate rate of deaths due to abortions, including all deaths in which the abortion procedure was a substantial contributing factor;
All other known medical risks to the physical health of the woman, including the risk of infection, hemorrhage, danger to subsequent pregnancies, and infertility;
The probable gestational age of the unborn child at the time the abortion is to be performed, and a scientifically accurate statement describing the development of the unborn child at that age; and
The statistically significant medical risks associated with carrying her child to term compared to undergoing an induced abortion.

(Tabla según referencia 172)

²⁸ Traducción propia.

En este caso, las injerencias en la RMP a las que obliga la ley son evidentes y elocuentes, la información está sesgada por las influencias ideológicas y religiosas. La ley es intimidatoria para la mujer y para el médico. Sitúa la RMP en un terreno peligroso para ambos. Además, este proyecto considera a la mujer menor de edad ya que necesita la protección de este tipo de ley y la sitúa en inferioridad moral o rozando un delito. Otro aspecto a destacar de esta ley es que abre la puerta a la intimidación cuando se tratan situaciones moralmente complejas como la eutanasia o la contracepción en la RMP.

1.3.2. Encuesta sobre las obligaciones y derechos de los médicos cuando el paciente solicita un procedimiento legal al cual el médico objeta.

En un artículo publicado (77) en el *New England Journal of Medicine*, Farr A. Curlin *et al.* muestran los resultados de una encuesta enviada por correo electrónico a 2.000 médicos entre los cuales están representadas todas las especialidades. La encuesta versa sobre cuáles son las obligaciones y derechos del médico cuando un paciente solicita un procedimiento médico legal ante el cual el profesional objeta por razones morales o religiosas. En la encuesta se incluyen tres procedimientos: a) la sedación terminal, b) el aborto cuando ha fallado la contracepción, y c) el control de la natalidad en adolescentes sin el consentimiento paterno. Hubo 63% de respuestas a la encuesta. De estos, también el 63%, considera que es éticamente permisible para los médicos explicar cuáles son sus propias objeciones morales; muchos de ellos, el 86%, creen que los médicos están obligados a presentar todas las opciones y referir a los pacientes a otro profesional que no objete (71%). No obstante, la proporción de médicos que objetan a alguno de los tres procedimientos del cuestionario es significativa: 52% objetan al aborto en caso de fallo de la contracepción, y 42% objetan a prescribir contraceptivos a las adolescentes sin el consentimiento paterno. Otro dato destacable del artículo es que queda un remanente de profesionales que considera que no está obligado a desvelar la información sobre cuáles son sus objeciones de conciencia (22%) o a informar sobre todos los procedimientos alternativos, incluyendo a los que él objeta (8%) o a referir a los pacientes a otro profesional para tratar los procedimientos a los cuales él objeta (18%). Además hay un grupo de indecisos del 15%, 6% y 11% respectivamente. En los resultados de la encuesta los médicos varones y religiosos son los que más se oponen a facilitar la información y a referir a los pacientes a otro profesional. La conclusión del artículo es que el paciente ha de ser proactivo e informarse previamente de lo que piensa el médico lo cual no es siempre posible y, pocas veces, se puede anticipar lo que va a ocurrir o cuáles van a ser las necesidades futuras. El estudio está limitado por el número de encuestados y de respuestas y porque se han incluido todas las especialidades, cuando algunas no se encuentran jamás con esos problemas. Pero aun así, muestra que existe un número importante de pacientes a los cuales nunca se les van a ofrecer todos los procedimientos médicos legales porque sus médicos objetan realizarlos aunque estén reconocidos por la profesión como legítimos dentro del marco de la Medicina.

La controversia generada por el artículo es patente dentro y fuera de EEUU a tenor de las cartas al director dirigidas desde países tan alejados como Chile o Polonia (175), además de las enviadas desde dentro de EEUU. En ellas, unas se preguntan cómo puede el paciente anticipar todo lo que le va a pasar lo que impide que sea proactivo y, por tanto, la solución no es ser proactivo; y otras abogan por equiparar los derechos del médico objetor, que no aporta la información que considera inmoral y se niega a remitir al paciente a otro profesional, con los derechos de los pacientes a decidir sobre su vida, su cuerpo y sobre su conciencia. O dicho de otra manera, a pesar de la legislación, el acceso a los servicios sanitarios acaba dependiendo de los valores personales individuales de cada médico.

Para zanjar la controversia se han propuesto soluciones como, por ejemplo: que la derivación de un paciente a otro profesional sea obligatoria, lo cual genera problemas porque algunos profesionales nunca lo aceptarán, o que los médicos objetores escojan especialidades en las que no sea necesario que objeten lo cual tampoco es fácil ya que nadie sabe los problemas que va a encontrar en su práctica profesional y se desperdiciarán habilidades, o que sean las instituciones las que atiendan este problema y traten de resolverlo (174). Pero la polémica continúa.

En 2013 Farr A. Curlin junto a J.C. Tilburt *et al.* en la revista digital *PLoS ONE* (162) publican nuevos resultados del estudio anterior, basado en la encuesta enviada a 2000 médicos escogidos aleatoriamente. Esta nueva publicación incluye tres temas que se analizan a través del cuestionario: a) Uno explora dos temas controvertidos, aborto y eutanasia, b) otro lo hace sobre los fundamentos que expresan una dimensión moral del individuo y los valoran cualitativamente: daño/cuidado, perjuicio/justicia, traición/lealtad, subversión/autoridad y degradar/sacralizar. Este cuestionario está basado en el *Moral Foundation Questionnaire* —MFQ30— que está validado en inglés para la población general. c) El tercer aspecto son las preguntas sobre las costumbres religiosas y la filiación política. El objetivo de la encuesta está en recabar información sobre las creencias morales para la toma de decisiones y, si a partir de esas creencias, se pueden predecir las diferencias de opinión en las actuaciones profesionales relacionadas con cuestiones morales controvertidas. A la encuesta contestan 1.032 médicos de los 1.895 encuestados con los cuales los autores pudieron contactar, la mayoría hombres (72%), mayores de 50 años (53%) y blancos (78%). Los resultados se publicaron en 2013 y sugieren que la importancia relativa que los médicos adjudican a las diferentes intuiciones morales, predicen las diferencias de opinión entre profesionales sobre esas cuestiones y que estas diferencias se interrelacionan con la ideología y la religiosidad ya que, a modo de ejemplo, la idea moral de sacralidad es la que está más relacionada con la opinión sobre el aborto y sobre la eutanasia porque el concepto de la religiosidad es el que se asocia con la objeción al aborto y a la eutanasia.

Las limitaciones del estudio son: el número de encuestados es pequeño con respecto al número total de médicos, la encuesta se realizó solo en EEUU y no ha sido validada más que para la población general, todo lo cual no permite universalizar las conclusiones pero sí sugiere que la relación entre las intuiciones morales existe y que, por lo tanto, restringe las opciones de los pacientes. Otra limitación estriba en que las intuiciones morales pueden modificarse al actuar, al pasar del sentimiento a la acción (177).

1.3.3. Límites impuestos a las actuaciones de los médicos

Las instituciones o el estado pueden reclamar el ejercicio del poder del médico arrogándose la potestad de obligar a este a actuar de una determinada manera o a dejar de actuar en beneficio del paciente, intentando delimitar los objetivos de la medicina desde puntos de vista ideológicos, religiosos o militares (75, 76, 78, 79, 160). La intervención de los médicos en los interrogatorios a prisioneros o en sesiones de tortura, como ejemplo de la utilización de la autoridad y del poder del médico lo expondré en el apartado 4. (80). A continuación voy a exponer tan solo dos ejemplos de ese uso por motivos ideológicos o religiosos, que se añaden a los que he descrito anteriormente como el de las leyes o del proyecto legislativo sobre el aborto en Dakota del Sur (EEUU, 160).

Los estados han puesto límites a la práctica asistencial a través de las leyes: penalizando y prohibiendo el aborto, el suicidio asistido o la eutanasia, el uso terapéutico de la marihuana o la clonación con miras terapéuticas. Y lo hacen usando argumentos religiosos o de conciencia y también definiendo cuáles son los propósitos de la Medicina (75). Las resoluciones del Tribunal Supremo de EEUU sobre la pretensión de la Administración del expresidente Bush de poner

límites al suicidio asistido en el estado de Oregón, son un ejemplo de ello. Estos litigios forman parte del debate para definir cuál es el rol social de los médicos, cómo cambia a la par que cambia la sociedad y cómo incorpora los avances tecnológicos y los progresos de la ciencia. Los cambios sociales y legislativos que han provocado las técnicas de reproducción asistida son otro ejemplo en este sentido. Este debate también pone sobre la mesa las diferencias entre la capacidad técnica del médico y su rol social que se rige por una moral pública definida como la mayoritaria. Desde esta última perspectiva se legitima la injerencia de la moral pública en la RMP.

Las exenciones que han conseguido en EEUU las instituciones o empresas de titularidad religiosa en materias controvertidas, como la contracepción, son otro ejemplo de cómo se limita la capacidad de decisión del médico no en beneficio del paciente sino por el interés de terceras personas. La exención en este caso consiste en no financiar la contracepción cuando el empresario alega que esta va contra sus creencias religiosas lo cual produce un enfrentamiento entre la libertad religiosa y el acceso a los cuidados (79). Estas exenciones van ligadas a una organización social (cómo y quién financia los servicios sanitarios y qué ideología influye en la legislación) pero la carga recae sobre los más desfavorecidos social y económicamente creando desigualdades de género y exclusión social y fomentando que se originen grupos de riesgo (7, 77).

Algunos conflictos entre las distintas lealtades han provocado pérdidas de derechos o daños a los pacientes y han acabado siendo dirimidos en los tribunales (75, 79, 153, 154) para establecer si los límites deben basarse: a) en la opinión religiosa o ideológica (79), b) los deben establecer los propios profesionales, c) los deben establecer de común acuerdo los pacientes y los profesionales o d) de qué manera la evidencia científica incide en la decisión. Sin poner en duda las competencias del estado en salud pública ni el papel del estado en la regulación de la vida sanitaria, los perjuicios ocasionados demuestran que el estado se inmiscuye y favorece a unos frente a otros, lo que solo estaría justificado si se busca específicamente el interés o el beneficio de los pacientes (76) y no el de los grupos de presión o de poder.

En 2012, cinco sociedades médicas estadounidenses que agrupan a una amplia mayoría de médicos clínicos (American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists, American College of Physicians y el American College of Surgeons) a través de sus representantes, publicaron en *The New England Journal of Medicine* (76) un artículo en el que se denuncia la intromisión legislativa en la relación médico-paciente con el fin de modularla cuando no dirigirla. Estas leyes son intimidatorias, obligan a una determinada práctica profesional que puede llegar a automatizarse y no tienen en cuenta que el médico debe personalizar la atención porque atiende a individuos concretos. En este artículo se clasifican las leyes en cuatro grupos:

Un primer grupo está formado por las leyes que prohíben a los médicos hablar con sus pacientes sobre determinados factores de riesgo que inciden sobre la salud:

El ejemplo del estado de Florida (EEUU) (76, 156): El número de muertes por arma de fuego en EEUU superó las 33.000 en 2014 de las cuales 21.334 fueron suicidios²⁹. Numerosos estudios han demostrado que tener armas de fuego en casa triplica el riesgo de suicidio tanto para el poseedor como para los convivientes. Este riesgo aumenta hasta

²⁹ Ver las tablas siguientes sobre las causas de muerte en EEUU.

cinco veces cuando conviven menores en la casa y se relaciona con las condiciones de almacenamiento del arma.

Paradójicamente, sin embargo, después de que algunos pacientes se quejasen de que sus médicos les hubieran preguntado sobre la posesión de armas, en Florida EEUU se promulgó la *Florida Owners' Privacy Act* (FOPA) en 2011 que prohíbe que este dato sea incluido en la historia clínica del paciente y, también, que se pregunte acerca de la tenencia de armas (en el caso de los menores tampoco se puede preguntar a los representantes legales del menor) salvo que, de buena fe, el médico crea que esta información es relevante para el cuidado o la seguridad del paciente o de terceros. Leyes similares también han sido consideradas en otros 10 estados de EEUU (Alabama, Carolina del norte, Dakota del norte, Minnesota, Oklahoma, Ohio, Tennessee, Texas, Virginia y Virginia del oeste) pero en ninguno, salvo en Florida, han conseguido ser promulgadas. Los médicos que no respeten esta norma pueden ser castigados. La ley prohíbe, igualmente, a los aseguradores denegar una cobertura de seguro o aumentar la prima de la póliza o cualquier otra discriminación a los poseedores de armas. La imposición legal de una limitación a la conversación entre médicos y pacientes merma considerablemente la capacidad de los médicos de procurar la salud de los pacientes e impide que este acceda a información relevante para su salud o para llevar a cabo su proyecto de vida³⁰. En febrero 2017, la Corte de Apelación de EEUU dictó una resolución que anula aspectos de la ley y subraya dos importantes cuestiones: que si el estado ha de regular la conversación de los médicos con los pacientes lo ha de hacer para aumentar la *seguridad* del paciente (aunque el término *seguridad* puede resultar ambiguo) y que la profesión médica puede colaborar activamente en la prevención de las lesiones por arma de fuego si incorpora esa conversación a su estándar de trabajo. Esta resolución de la *Court of Appeals for the Eleventh Circuit* ha sido publicado y comentada en *The New England Journal of Medicine* por Wendy E. Parmet *et al* (156).

10 Leading Causes of Death by Age Group, United States - 2014

Rank	<1	1-4	5-9	10-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	Total
1	Congenital Anomalies 4,746	Unintentional Injury 1,216	Unintentional Injury 730	Unintentional Injury 750	Unintentional Injury 11,836	Unintentional Injury 17,357	Unintentional Injury 16,048	Malignant Neoplasms 44,834	Malignant Neoplasms 115,282	Heart Disease 489,722	Heart Disease 614,348
2	Short Gestation 4,173	Congenital Anomalies 399	Malignant Neoplasms 436	Suicide 425	Suicide 5,079	Suicide 6,569	Malignant Neoplasms 11,267	Heart Disease 34,791	Heart Disease 74,473	Malignant Neoplasms 413,885	Malignant Neoplasms 591,699
3	Maternal Pregnancy Comp. 1,574	Homicide 364	Congenital Anomalies 192	Malignant Neoplasms 416	Homicide 4,144	Homicide 4,159	Heart Disease 10,368	Unintentional Injury 20,610	Unintentional Injury 18,030	Chronic Low. Respiratory Disease 124,693	Chronic Low. Respiratory Disease 147,101
4	SIDS 1,545	Malignant Neoplasms 321	Homicide 123	Congenital Anomalies 156	Malignant Neoplasms 1,569	Malignant Neoplasms 3,624	Suicide 6,706	Suicide 8,767	Chronic Low. Respiratory Disease 16,492	Cerebro-vascular 113,308	Unintentional Injury 136,053
5	Unintentional Injury 1,161	Heart Disease 149	Heart Disease 69	Homicide 156	Heart Disease 953	Heart Disease 3,341	Homicide 2,588	Liver Disease 8,627	Diabetes Mellitus 13,342	Alzheimer's Disease 92,604	Cerebro-vascular 133,103
6	Placenta Cord. Membranes 965	Influenza & Pneumonia 109	Chronic Low. Respiratory Disease 68	Heart Disease 122	Congenital Anomalies 377	Liver Disease 725	Liver Disease 2,582	Diabetes Mellitus 6,062	Liver Disease 12,792	Diabetes Mellitus 54,161	Alzheimer's Disease 93,541
7	Bacterial Sepsis 544	Chronic Low Respiratory Disease 53	Influenza & Pneumonia 57	Chronic Low Respiratory Disease 71	Influenza & Pneumonia 199	Diabetes Mellitus 709	Diabetes Mellitus 1,999	Cerebro-vascular 5,349	Cerebro-vascular 11,727	Unintentional Injury 48,295	Diabetes Mellitus 76,488
8	Respiratory Distress 460	Septicemia 53	Cerebro-vascular 45	Cerebro-vascular 43	Diabetes Mellitus 181	HIV 583	Cerebro-vascular 1,745	Chronic Low. Respiratory Disease 4,402	Suicide 7,527	Influenza & Pneumonia 44,836	Influenza & Pneumonia 55,227
9	Circulatory System Disease 444	Benign Neoplasms 38	Benign Neoplasms 36	Influenza & Pneumonia 41	Chronic Low Respiratory Disease 178	Cerebro-vascular 579	HIV 1,174	Influenza & Pneumonia 2,731	Septicemia 5,709	Nephritis 39,957	Nephritis 48,146
10	Neonatal Hemorrhage 441	Perinatal Period 38	Septicemia 33	Benign Neoplasms 38	Cerebro-vascular 177	Influenza & Pneumonia 549	Influenza & Pneumonia 1,125	Septicemia 2,514	Influenza & Pneumonia 5,390	Septicemia 29,124	Suicide 42,773

³⁰ Véase: <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/leadingcauses.html> (Consultado el 07-07-2017)

10 Leading Causes of Injury Deaths by Age Group Highlighting Violence-Related Injury Deaths, United States – 2014

Rank	<1	1-4	5-9	10-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	Total
1	Unintentional Suffocation 991	Unintentional Drowning 388	Unintentional MV Traffic 345	Unintentional MV Traffic 384	Unintentional MV Traffic 6,531	Unintentional Poisoning 9,334	Unintentional Poisoning 9,116	Unintentional Poisoning 11,009	Unintentional MV Traffic 7,013	Unintentional Fall 27,044	Unintentional Poisoning 42,032
2	Homicide Unspecified 119	Unintentional MV Traffic 293	Unintentional Drowning 125	Suicide Suffocation 225	Homicide Firearm 3,587	Unintentional MV Traffic 5,856	Unintentional MV Traffic 4,308	Unintentional MV Traffic 5,024	Unintentional MV Traffic 4,554	Unintentional MV Traffic 6,373	Unintentional MV Traffic 33,736
3	Homicide Other Spec., Classifiable 83	Homicide Unspecified 149	Unintentional Fire/Burn 68	Suicide Firearm 174	Unintentional Poisoning 3,492	Homicide Firearm 3,260	Suicide Firearm 2,830	Suicide Firearm 3,953	Suicide Firearm 3,910	Suicide Firearm 5,367	Unintentional Fall 31,959
4	Unintentional MV Traffic 61	Unintentional Suffocation 120	Homicide Firearm 58	Homicide Firearm 115	Suicide Firearm 2,270	Suicide Firearm 2,829	Suicide Suffocation 2,057	Suicide Suffocation 2,321	Unintentional Fall 2,558	Unintentional Unspecified 4,590	Suicide Firearm 21,334
5	Undetermined Suffocation 40	Unintentional Fire/Burn 117	Unintentional Other Land Transport 36	Unintentional Drowning 105	Suicide Suffocation 2,010	Suicide Suffocation 2,402	Homicide Firearm 1,835	Suicide Poisoning 1,795	Suicide Poisoning 1,529	Unintentional Suffocation 3,692	Suicide Suffocation 11,407
6	Unintentional Drowning 29	Unintentional Pedestrian, Other 107	Unintentional Suffocation 34	Unintentional Fire/Burn 49	Unintentional Drowning 507	Suicide Poisoning 800	Suicide Poisoning 1,274	Unintentional Fall 1,340	Suicide Suffocation 1,509	Unintentional Poisoning 1,993	Homicide Firearm 10,945
7	Homicide Suffocation 26	Homicide Other Spec., Classifiable 73	Unintentional Natural/Environment 22	Unintentional Other Land Transport 49	Suicide Poisoning 363	Undetermined Poisoning 575	Undetermined Poisoning 637	Homicide Firearm 1,132	Unintentional Suffocation 698	Adverse Effects 1,554	Suicide Poisoning 6,808
8	Unintentional Natural/Environment 17	Homicide Firearm 47	Unintentional Pedestrian, Other 18	Unintentional Suffocation 33	Homicide Cut/Pierce 314	Homicide Cut/Pierce 430	Unintentional Fall 504	Undetermined Poisoning 820	Undetermined Poisoning 539	Unintentional Fire/Burn 1,151	Unintentional Suffocation 6,580
9	Undetermined Unspecified 16	Unintentional Struck by or Against 38	Unintentional Struck by or Against 16	Unintentional Poisoning 22	Undetermined Poisoning 229	Unintentional Drowning 399	Unintentional Drowning 363	Unintentional Suffocation 452	Homicide Firearm 538	Suicide Poisoning 1,028	Unintentional Unspecified 5,848
10	Unintentional Fire/Burn 15	Unintentional Natural/Environment 35	Homicide Unspecified (Ted) 14	Homicide Cut/Pierce 19	Unintentional Other Land Transport 177	Unintentional Fall 285	Homicide Cut/Pierce 313	Unintentional Drowning 442	Unintentional Unspecified 530	Suicide Suffocation 880	Unintentional Drowning 3,406

Data Source: National Center for Health Statistics (NCHS), National Vital Statistics System.
Produced by: National Center for Injury Prevention and Control, CDC using WISQARS™.



Ambas tablas son muy elocuentes y muestran el elevado número de suicidios por arma de fuego en todos los grupos de edad y, sobre todo, destaca como tercera causa de muerte violenta en las edades entre 10-14 años y a partir de los 35 años y cuarta causa entre los 15 y los 34. En resumen, aproximadamente la mitad de las muertes por suicidio, lo son por arma de fuego.

El segundo grupo son leyes que obligan a los médicos a incluir, durante la visita, una determinada información que, en ese momento, el profesional puede considerar no pertinente.

En el estado de Nueva York (EEUU) es obligatorio para el médico cuando asiste a un paciente en fase terminal, ofrecer información y asesoramiento sobre los cuidados paliativos y sobre tratamientos del final de la vida que incluyan: el pronóstico, los riesgos y beneficios de las diferentes opciones terapéuticas sin permitir al médico juzgar la oportunidad de esa información. Esta intromisión en la RMP pretende ofrecer a todos los pacientes la oportunidad de conocer más a fondo su situación y de recibir tratamiento paliativo si así lo desea (y se supone que se lo puede pagar), pero esquematiza la relación RMP porque no reconoce la complejidad de la RMP y la incertidumbre que acompaña a las discusiones del final de la vida, como apunta la *Medical Society of the State of New York*. En caso de no cumplir con esta obligación el médico puede ser penalizado con una multa o, incluso, la cárcel en caso de reincidencia voluntaria.

El tercer grupo está constituido por las leyes que obligan a los médicos a facilitar pruebas que dan fe de lo que se ha hecho o a realizar intervenciones cuya indicación no está respaldada por la evidencia científica hasta el punto de poderlas llevar a cabo sin el consentimiento del/ la paciente.

Un caso que se ha analizado anteriormente, en el estado de Dakota del Sur (EEUU), el proyecto de ley (78, 160) que pretende obligar a los médicos a usar un lenguaje y un relato determinado con las mujeres que consultan para abortar, que afecta al feto y a ellas mismas de lo que no existe evidencia científica que justifique tales aseveraciones.

El estado de Virginia (EEUU) (76) exige que a las mujeres que quieren abortar, se les practique una ecografía abdominal. Previamente se exigía que la ecografía fuese transvaginal, es decir, la ley obligaba a una prueba que penetra la intimidad del cuerpo humano sin que se hubiese cometido delito alguno. Afortunadamente se cambió después de las alegaciones del *American College of Physicians*.

El cuarto grupo son las leyes que limitan la información que se puede dar a los pacientes.

En cuatro estados de EEUU (Colorado, Ohio, Pennsylvania y Texas) se han promulgado leyes que limitan la información que los médicos pueden dar a sus pacientes acerca de la exposición a productos químicos usados en el *fracking*³¹. Estos productos son tóxicos: en pequeñas cantidades pueden producir cefalea o mareos pero, en mayores cantidades, son cancerígenos (76).

En casos como los descritos en los párrafos anteriores el médico se ve intimidado y sometido a conflictos de lealtades: la búsqueda y defensa del beneficio de las personas que atiende frente a las obligaciones legales que favorecen a terceros (caso del *fracking*), a determinadas ideas religiosas (caso del aborto), o al negocio de las armas y su posesión (en el caso del estado de Florida).

Pero la manipulación de la RMP no acaba ahí: el beneficio de terceros ha sido aprovechado para justificar la tortura (en aras de la seguridad), exclusión de las obligaciones éticas de la RMP (“no es mi paciente, luego no es mi responsabilidad”), negación del acceso a prestaciones médicas legales (contracepción, sedación terminal) u omitir información relevante (el contacto con productos químicos potencialmente cancerígenos). El uso de los conocimientos clínicos fuera del ámbito de la atención al paciente puede llevar al abuso de poder (tortura llevada a cabo con o por profesionales sanitarios) o al abuso de personas (80, 81, 82, 83). En estos casos quien se beneficia de la confianza del paciente no es la RMP sino terceras personas, empresas, instituciones, organizaciones o el estado, y todos en su propio beneficio cuando no, muchas veces, en perjuicio del paciente.

2. EL CONTRAPESO AL PODER DE LOS MÉDICOS

La asimetría de poder en la relación médico-paciente se contrarresta parcialmente con el acceso a la información médica, la formación para encontrarla, la educación para entenderla y medidas sociales y legales tendentes a equilibrar la asimetría. A continuación voy a explicar con más detalle esta compensación que debería actuar de contrapeso:

2.1. Acceso a la información médica

El acceso a la información médica a través de Internet, de las publicaciones de divulgación o la experiencia de familiares y amigos aportan conocimientos que, en principio, permiten entender mejor la información que proporciona el médico, que el paciente se prepare para algunas noticias, realice preguntas y que le ayude a tomar decisiones.

³¹ Fracturación hidráulica para extraer gas natural del subsuelo.

- a. Internet constituye una revolución en el acceso a la información y, también, en el acceso a gran cantidad de la médica aunque mucha sea caótica y sin un filtro adecuado que le otorgue credibilidad.
- b. Las publicaciones de divulgación médica son otra fuente de información que usan los pacientes y que son accesibles como prensa escrita o virtual.
- c. Y, asimismo, la experiencia de otros, familiares o amigos que han padecido situaciones semejantes.

El acceso a esta información necesita que los pacientes posean la formación necesaria para entenderla y ser capaces de criticarla. Los profesionales han de facilitar a los pacientes las fuentes de información fidedigna lo cual debe formar parte del quehacer habitual del profesional aunque, al hacerlo, se cierra el círculo del poder que de nuevo está en manos de los profesionales.

2.2. Medidas sociales

La sociedad ha instaurado medidas y barreras para asegurar la competencia de los profesionales que atienden a los pacientes:

- a. La competencia profesional: como las titulaciones académicas o los requisitos para el ejercicio de la profesión,
- b. La competencia de y entre profesionales a través de la divulgación de conocimientos en las publicaciones y la pertenencia a las sociedades científicas o la publicación de resultados individuales y comparativos, como, por ejemplo, la tasa de infección de herida quirúrgica en el caso de los cirujanos o los daños colaterales de las intervenciones quirúrgicas o la supervivencia en oncología,
- c. La información sobre las instituciones con las tasas de efectos adversos ligados a la hospitalización: el número de caídas, las úlceras por presión, las infecciones nosocomiales, los resultados en cirugía oncológica, los errores de medicación o la discapacidad generada por el ingreso en un hospital.

2.3. El reconocimiento legal de la autonomía del paciente

- a. El estado legaliza la capacidad de aceptar o de rehusar la intervención médica y ha contribuido a crear la cultura para regular los planes de decisiones compartidas, como las voluntades anticipadas o los planes anticipados de cuidados.
- b. Asimismo, la introducción de la práctica obligatoria del consentimiento informado debería garantizar que el paciente ha recibido la información pertinente que le permita tomar una decisión acorde con sus preferencias. El consentimiento informado no ha de ser visto simplemente como un ejercicio de información durante el que, además, se solicita el consentimiento para realizar un procedimiento médico, sino que también es un ejercicio durante el cual el paciente elige entre distintas opciones, si las hay, por lo tanto, esta práctica exige una información amplia y detallada sobre todas las alternativas al procedimiento médico (de diagnóstico o de tratamiento) y una elección. Las herramientas de información escrita, electrónica o interactiva que se usan para confeccionar los planes anticipados de cuidados van en el mismo sentido, ofrecer toda la información para que el paciente seleccione cuál es la más coherente con sus preferencias. Idealmente esta información debería contener:

- I. Las diferentes opciones de diagnóstico y tratamiento.
 - II. El resultado de cada una de ellas que ha de incluir los beneficios esperados y los efectos adversos.
 - III. La pericia del equipo tratante en cada una de esas opciones.
 - IV. El coste
- c. La implicación de los pacientes en la elaboración de las guías de práctica clínica (protocolos, directrices, etc.) así como la formación para que los pacientes practiquen el autocontrol de las enfermedades crónicas (por ejemplo, controles de glicemia de los diabéticos, autosondaje en pacientes parapléjicos) forman parte de un objetivo doble:
- I. Abrir las mencionadas guías a las preferencias de los pacientes,
 - II. conseguir que el paciente sea autónomo en el control de su enfermedad,
 - III. y, en consecuencia, lograr que las guías se adapten al paciente real y busquen una mayor adhesión o cumplimiento.
- d. Y por último, la regulación de los derechos de los pacientes que obligan a los profesionales y a las instituciones.

El impacto de estas medidas o prevenciones introducidas en la RMP para dar preeminencia y salvaguardar la voz del paciente, es desigual. La capacidad individual de decir que no, varía, no es la misma en todos los individuos, no es igual en la salud que en la enfermedad, o ante una situación de dependencia o de vulnerabilidad ya que ambas son causa y consecuencia de labilidad. A todo lo cual se añaden el impacto de la enfermedad sobre el individuo y las presiones del entorno, a través de la familia, de los amigos, de los medios de comunicación o de la presión del propio médico que no siempre acepta de buen grado que sea el paciente quien tome la decisión (181, 203).

2.4. Impacto sobre el profesional

En el estudio de Irena Madjar *et al.* publicado en *Qualitative Health Research* en 2012 (203), con datos de 12 oncólogos de Israel y Australia, la visión de los médicos de pacientes que rechazan el tratamiento es que estos desafían su autoridad científica, su estatus de experto y su reputación. Los profesionales consideran que las decisiones aparentemente más racionales son las que toma un paciente competente cuando está de acuerdo con el tratamiento ofrecido; en cambio, cuando un paciente competente rechaza el tratamiento ofrecido se cuestiona esa decisión e, incluso, se le deniega la opción de rechazar una intervención diagnóstica o terapéutica cuando no aporta razones que justifiquen su rechazo. Cuando, en realidad, la mayoría de pacientes rechazan la opción del médico por motivos personales y no porque desconfíen.

2.5. Impacto sobre el paciente

Obviamente, el paciente conserva la posibilidad de rechazar la toma compartida de decisiones y reclamar no tanto la vuelta al antiguo paternalismo, sino la decisión del experto de su confianza. Cuánta información necesita un paciente para tomar una decisión o cuál es la información necesaria para tomarla, son preguntas sin una única respuesta. Si se añade el adjetivo *relevante* se subraya la importancia de esta información para tomar la decisión. Quién juzga cuál es la información importante o cuál es la información que el paciente necesita para decidir, son preguntas que generan tantas respuestas como individuos las hacen.

Pero, además, resulta que la decisión se toma o se aplica durante el curso de la enfermedad. Es decir, al final, la decisión no se toma o no se aplica en frío, sino mientras se está enfermo, de ahí que deba entrar en juego el concepto de vulnerabilidad.

Las herramientas de ayuda en la toma de decisiones, como el material escrito o los programas informáticos, entre otros, colaboran para reducir el impacto emocional y permitir decidir con más calma. Aunque es positivo establecer un canon de información y determinar quién lo establece, esta solo es una pequeña parte de lo que contemplan los pacientes para tomar una decisión. La vuelta a la vida normal, el dolor relacionado con el procedimiento o con la enfermedad, los efectos adversos, las alternativas, el pronóstico, la idea del procedimiento que se hace el paciente (es decir, el imaginario del paciente), el tiempo de hospitalización, los recursos sociales disponibles (subsidio por enfermedad, situación familiar), la responsabilidad en el trabajo o la carrera profesional, la edad y lo que cada uno considera que le queda por vivir o por conocer, todas son razones que el paciente tendrá en cuenta para tomar la decisión y que le confieren el carácter único.

Paul Kalanithi, neurocirujano de la Universidad de Stanford publicó un artículo de opinión en *The New York Times*³², en enero de 2014, después de haber sido diagnosticado de cáncer de pulmón con metástasis. En el artículo explica cuáles fueron sus emociones al conocer el diagnóstico y que su primer afán fue averiguar el pronóstico y la supervivencia de su enfermedad, de manera lo más precisa posible frente a la actitud expectante del oncólogo que dejó la puerta abierta a la duda y también a la esperanza. Él mismo, al principio, anduvo buscando ávidamente la información sobre la enfermedad pero, a pesar de sus conocimientos de Medicina, se dio cuenta que solo lograba entenderla a medias. Al final, según explica él mismo, no es en la información sobre la enfermedad o sobre el pronóstico donde encontró consuelo, sino en sí mismo.

2.6. Las voluntades anticipadas

Las voluntades anticipadas son un reflejo del cambio de paradigma que se ha producido en los últimos 30 o 40 años. La atención al paciente grave ya no se guía simplemente por el binomio beneficencia-no maleficencia sino que ha incorporado la voluntad del paciente y se tiende a invertir la jerarquía de manera que prime la autonomía ante la enfermedad grave que no necesita atención urgente. Los documentos de voluntades anticipadas (en adelante DVA's) son una herramienta que muestra ese cambio cultural, a la vez que contribuyen a promocionarlo pero, en general, aún son poco conocidas por la población.

Ese instrumento cumple una función múltiple:

- a. Permite que el paciente establezca los límites futuros de la asistencia médica cuando ya no sea capaz de expresarlos. En otras palabras, un documento necesario para que el paciente controle la atención sanitaria que quiere recibir al final de su vida en aquellos casos en los que él ya no sea capaz de decidir. El DVA's parece indispensable en un entorno multicultural como el que ocurre en el mundo occidental actual. La atención sanitaria la puede dispensar un profesional con valores, tradiciones, religión o ideología distinta a la del paciente, de ahí la necesidad de dejar por escrito sus preferencias.

³² Véase: http://www.nytimes.com/2014/01/25/opinion/sunday/how-long-have-i-got-left.html?_r=1 (Consultado el 14-08-2016)

- b. Da instrucciones al médico y a la institución:
- Sobre cuáles son los cuidados que el paciente rechaza o aprueba y,
 - aporta la justificación para limitar la atención médica, y
 - ofrece una protección al médico frente a las acusaciones de atención insuficiente o no adecuada.

Para la redacción de un documento de voluntades anticipadas es preferible contar con el asesoramiento del médico ya que es quien mejor conoce los límites de la atención y porque, en definitiva, es él quien aplicará las condiciones que desea el paciente. La disponibilidad del médico es limitada mientras que los problemas de salud pueden ocurrir en cualquier momento o lugar, el documento también sirve para garantizar la *continuidad* en la información sobre el paciente.

- c. Promueve el diálogo sobre el final de la vida en el cual participan el médico, el paciente y las personas que este quiera, diálogo que es útil para el paciente ya que ayuda a encauzar la ansiedad o los temores y, también, para el médico porque posibilita conocer al paciente.
- d. El diálogo permite situar al paciente y a su entorno en el estadio de la enfermedad.
- e. Siempre que la elección del paciente sea la de limitar el esfuerzo terapéutico o la abstención diagnóstica o terapéutica ante determinadas circunstancias, el documento de voluntades anticipadas disminuye el gasto sanitario de la atención al final de la vida.

Pero las voluntades anticipadas no son la panacea por múltiples razones:

- a. Burocratiza los cuidados ya que para elaborar los DVA's se recurre a abogados y notarios, se necesitan testigos y se deben registrar. Además de necesitar una normativa legal específica.
- b. Las instrucciones pueden haber quedado obsoletas si se escribieron mucho tiempo antes. Es decir, son documentos estáticos, en particular, si para elaborarlos o actualizarlos se necesita un notario y testigos. Todos esos requerimientos dificulta la elaboración de los DVA's que además no suelen usar los avances tecnológicos (firma electrónica, registro informático, etc.).
- c. La conversación con el médico sobre la atención al final de la vida está financiada por la sanidad y la mayoría de pacientes tiene un médico con quien llevarla cabo. En cambio, pocos pacientes tienen un abogado o un notario para elaborar el documento y además esta actividad debe ser costeada por el paciente. Sobre esta conversación también conviene resaltar que si se lleva a cabo en el despacho del notario o de un abogado, se traslada del despacho, lenguaje y razonamiento médico a un despacho, lenguaje y razonamiento jurídico (185).
- d. El profesional que las aplica no está obligado a seguirlas.
- e. El documento debe estar disponible cuando se necesite, por lo que precisa una infraestructura organizativa para que la información llegue a todos los centros de atención de manera oportuna.
- f. El paciente puede pedir lo que no es posible (algo tan simple como querer morir en su casa cuando no tiene cuidadores que lo puedan atender).

- g. Si se limita exclusivamente a los cuidados médicos, las voluntades anticipadas se mostrarán insuficientes para atender los deseos del paciente (ingreso en una residencia de ancianos, lugar de la muerte, programar el funeral o la donación de órganos, etc.).
- h. La objeción de conciencia del profesional frente a lo manifestado por el paciente puede frustrar las expectativas del paciente.
- i. El paternalismo médico prima la beneficencia del médico sobre la voluntad del paciente.
- j. Y, además, este tipo de materias, en general, no forman parte de los temas tratados durante los estudios universitarios de Medicina ni se adiestra a los médicos en formación (programas de médicos internos y residentes —MIR) a analizar y respetar la voluntad de los pacientes, entre otras razones porque tanto los estudios como la formación pueden estar sesgados ideológicamente: las facultades de Medicina o las instituciones sanitarias pueden pertenecer a órdenes religiosas o a instituciones comprometidas ideológicamente o que la actuación esté limitada por la legislación. O por el grado de incertidumbre que afecta a las decisiones al tratar los problemas médicos.

La implementación de estos nuevos recursos está condicionada por la labor pedagógica de los médicos con sus pacientes:

- a. Explicar cuál es el significado de dichas medidas (Consentimiento informado, Voluntades anticipadas o un Plan anticipado de cuidados),
- b. hablar del final de la vida y de la muerte y,
- c. exponer qué se espera de los tratamientos ante una situación terminal,

lo que, a su vez, implica asegurarse de que la información ha sido entendida correctamente por el paciente.

La labor pedagógica se produce en los dos sentidos ya que el profesional ha de aprender a aceptar e incorporar las decisiones de los pacientes aunque le parezcan desacertadas. La pedagogía es fruto del nuevo paradigma que nace con los avances científicos y tecnológicos de las ciencias biomédicas.

2.7. Utilidad de los documentos de voluntades anticipadas

En 2007 Henry S. Perkins (*The University of Texas Health Science Center, San Antonio, Texas, EEUU*) publicó un artículo en *Annals of Internal Medicine* (184) en el cual planteaba dudas acerca de la poca eficacia y falta de utilidad de las voluntades anticipadas. En su artículo las considera un proyecto fallido porque, afirma, no son realistas en el sentido de que resulta muy difícil prever lo que ocurrirá o cuándo ocurrirá una crisis de salud y en qué circunstancias. La imprevisibilidad de esas circunstancias hace que las instrucciones del documento sean difíciles de adaptar o que sean irrelevantes o que generen, incluso, confusión. Plantea, asimismo, que el nombramiento de un tutor tampoco sirve ya que no siempre conoce lo suficiente al tutelado o, por alguna razón, puede no seguir su voluntad. En dicho artículo describe un caso supuesto en el cual la hija de un hombre inconsciente que ha dejado escrito que no quiere ser reanimado y que otorga a su esposa la capacidad de decidir por él, cuestiona el documento y se enfrenta a su madre para que se reanime al padre a lo cual la madre acaba cediendo. Este caso inventado es perfectamente plausible y elocuente. El autor destaca, no obstante, la importancia de la preparación emocional que representa discutir sobre las voluntades anticipadas a partir de un guion que detalle los aspectos a tener en cuenta y el papel del médico en ese proceso e insiste en los valores de esta

conversación: honestidad, preparación para la muerte y para lo imprevisible, ayuda mutua, cuidados personalizados, valentía en las decisiones.

Véronique Fournier *et al.* (*Hôpital Cochin y Université Paris Descartes*, Paris, Francia) en un artículo publicado en 2013 en la *Presse Médicale* (181), se preguntan cuál es la utilidad de una ley que contemple las voluntades anticipadas. El punto de partida es la ley Leonetti, promulgada en Francia en 2005, que, si bien contempla las voluntades anticipadas, tiene como objetivo principal organizar las condiciones frente a las cuales los médicos están autorizados a limitar o interrumpir los tratamientos considerados como obstinados e irrazonables aunque tal limitación conduzca a la muerte. Esta ley deja la última palabra a los médicos que son, en definitiva, quienes en última instancia, toman la decisión de continuar con el tratamiento o no.

Para contestar a su pregunta llevan a cabo un estudio en el citado *Hôpital Cochin* de Paris y entrevistan a 235 personas mayores de 75 años de las cuales excluyen a 49, 43 por voluntad propia y 6 por estar demasiado enfermas. Los datos demográficos de la población estudiada son 106 mujeres, 80 hombres, edad media 82,7 años, 4 vivían en residencias asistidas y el resto en su domicilio, 55% pertenecían a un nivel socioprofesional elevado, 36% medio y 9% bajo. El 50% de los pacientes de los grupos de cardiología y neumología y el 70% de gastroenterología tenían un riesgo anestésico ASA 4 que es una escala de riesgo quirúrgico que va de 1, el menor riesgo, a 4, el mayor, que incluye la edad como un factor que aumenta el riesgo, cualquier persona con 70 años o más se clasifica como mínimo ASA 2.

La entrevista de unos 45 minutos de duración, contempla la visión de estas personas sobre tres temas: a) las voluntades anticipadas, b) el envejecimiento, y c) la muerte. Incluyen ocho grupos de personas para ilustrar otras tantas posibilidades de salud y dependencia más un noveno grupo de personas *a priori* militantes de las voluntades anticipadas por pertenecer a la *Association pour le droit à mourir dans la dignité*³³. Los resultados ilustran la situación entre la población que atiende el *Hôpital Cochin*:

- a. Un grupo numeroso, aproximadamente el 90%, afirmaba que nunca había oído hablar de las voluntades anticipadas. Los componentes de este grupo fueron informados y, después, continuaron la entrevista. El 83% seguía sin estar interesado después de haber recibido la información.
 - I. Porque las consideraron ineficaces: “las cosas no suelen ser como uno se imagina, uno no sabe qué querrá en esa situación” o,
 - II. Inútiles: “porque los médicos harán lo que quieran”,
 - III. Incluso “las veían peligrosas”: pueden ser la justificación para que los médicos abandonen más precozmente los cuidados para prolongar la vida”.
- b. Otro grupo formado por 47 personas (de las cuales 19 pertenecían a la *Association pour le Droit à Mourir dans la dignité*) las conocían y afirmaban que debían respetarse. Los miembros de este grupo que conocían las voluntades anticipadas son personas con un temperamento fuerte y autonomista. Estas características personales no se correlacionan con el nivel socioeconómico, la edad, la autonomía o el estado de salud.

³³ Asociación por el derecho a morir con dignidad (traducción propia).

Los autores analizan las limitaciones del estudio: la población seleccionada pertenece a una única región geográfica; la edad se limita a más de 75 años; la proximidad a la promulgación de la ley (2005 y 2009 respectivamente) contribuye a que esta se conozca menos o, por último, porque el entrevistador era alguien ajeno a la relación médico-paciente y, por lo tanto, menos generador de confianza. Pero en EEUU o Australia cuyas leyes se promulgaron en 1991 y 1992, respectivamente, únicamente entre 5% y 24% de la población redacta un documento de voluntades anticipadas y estas cifras se mantienen estables desde entonces.

Los resultados de este artículo muestran que la posibilidad de redactar un documento de voluntades anticipadas es poco conocida y que, aun conociéndola, poco usada. Estos documentos se escriben más para mostrar una actitud vital que para dar indicaciones reales ya que, efectivamente, nadie sabe cómo será el futuro, ni se entienden bien algunos conceptos, por ejemplo: el encarnizamiento terapéutico y cómo se mide. Sin embargo, son muchos los que sí tienen ideas precisas sobre las condiciones de la muerte, lo que quieren y lo que no, sobre el envejecimiento o sobre vivir en una residencia de ancianos. Y muchos, también, muestran escepticismo ante las voluntades anticipadas ya que piensan que los profesionales “harán lo que quieran” seguramente por el hecho de que la ley francesa no obliga a los médicos a obedecerlas. Ahora bien, la promulgación de una ley en Alemania que obliga a los médicos a cumplir con las voluntades anticipadas de los pacientes, tampoco se ha acompañado de un seguimiento mayor por parte de la población. Ante estos resultados surge la necesidad de explicar por qué las voluntades anticipadas despiertan poco interés. Los autores apuntan tres hipótesis:

- a. Las voluntades anticipadas son una herramienta que no se adapta a las necesidades reales de la población y, en consecuencia, hay que confiar en los médicos. Para reforzar esta hipótesis citan el ejemplo del Dr. Bonner, un médico inglés, que recibió a una paciente con un intento de suicidio y unas voluntades anticipadas que especificaban que no quería ser reanimada en caso de un problema de salud.
- b. El carácter ambivalente de esta herramienta ya que, cuando debe ser aplicada, no obliga al 100% sino que media una interpretación.
- c. Es normal que solo interesen a una parte pequeña de la población y es a esa parte a quien van dirigidas.

Este artículo llega a unas conclusiones similares al anterior: poca utilidad del documento para las decisiones futuras pero, en cambio, es útil en tanto en cuanto permite hablar con el médico de cosas importantes y, también, facilita que el que las suscribe se dé a conocer.

En resumen, existe un grupo de personas para las cuales las voluntades anticipadas son importantes ya que para ellas es esencial ejercer la autonomía particularmente al final de la vida y esperan que su voluntad sea respetada. Existe otro grupo de personas que se muestran interesadas en hablar del tiempo que les queda por vivir, para ellas es más importante hablar de la calidad del final de la vida que de las condiciones de la muerte y para ellos lo importante es la conversación sobre este tema, darse a conocer como persona y no firmar un documento. Este último punto enlaza con la *continuidad* de la RMP y con la confianza en los médicos (179).

2.8. Presiones externas y cumplimiento de las voluntades anticipadas

Los médicos se ven sometidos a presiones externas para obedecer o no las indicaciones de las voluntades anticipadas.

Para el médico constituyen una información valiosa para tomar decisiones en momentos complejos, cuando el propio paciente no está disponible. En pocos lugares, en el estado de Nueva York, por ejemplo, la ley obliga a informar a los pacientes de que existe la posibilidad de redactar ese documento y que la información contenida en él orienta al médico y, a la vez, deja en suspenso la responsabilidad del mismo por los resultados o consecuencias de las decisiones tomadas. Mientras que en otros lugares no son simplemente información sino que son indicaciones de obligada observancia.

En cualquier caso, el cumplimiento de las voluntades anticipadas por parte de los médicos se relaciona no solo con la obligación legal sino también con las características personales del médico, con el miedo a ser llevados ante los tribunales, con la situación clínica del paciente o con las presiones económicas, familiares o de la institución. Todas estas situaciones comportan conflictos éticos en la RMP.

Christopher M. Burkle *et al.* de la Clínica Mayo de Minnesota (EEUU) publicaron un artículo en 2012 (178) que utiliza tres escenarios clínicos diferentes para analizar la actitud de los médicos ante las voluntades anticipadas. Las situaciones clínicas que proponen son: un paciente con una hemorragia intracraneal masiva; otro, con una fibrilación ventricular y un tercero, con una leucemia aguda y un probable shock séptico que sufre una parada cardiorrespiratoria. En los tres casos los pacientes habían firmado un documento de voluntades anticipadas; el paciente del primer caso lo había firmado cinco años atrás, antes de una intervención para implantar una prótesis de rodilla; el segundo lo había firmado un tiempo antes y solicitaba que, dado el caso, se le dejase morir plácidamente; y el tercer paciente había firmado las voluntades anticipadas hacía poco en la consulta de su oncólogo pero la esposa pide que no se respeten las voluntades anticipadas y se reanime al paciente. En el primer caso la actitud activa consiste en medidas de soporte, disminuir la presión intracraneal lo cual puede incluir una trepanación para colocar un catéter intraventricular o evacuar un hematoma, tratar la HTA, la hiperglicemia, intubación orotraqueal, entre otras medidas. En el segundo caso, tratar al paciente con una desfibrilación previene la muerte y es un tratamiento rápido, simple y seguro. En el tercer caso, probablemente la muerte sea inevitable y las medidas de soporte alargarán la situación. En cualquier situación, en caso de desestimar el tratamiento activo, nunca se debe desechar o abandonar el tratamiento dirigido a mantener el máximo confort del paciente.

El artículo analiza las respuestas a estos escenarios de un grupo de 951 médicos participantes en unos cursos de educación continuada. El cuestionario lo contestaron 388. Las respuestas muestran que, para este grupo de médicos, el respeto a las indicaciones de los DVA's es caso dependiente, es decir, si se respetan o no depende de varios factores entre los cuales está la enfermedad previa, la enfermedad actual y el pronóstico:

- a. En las situaciones fácilmente reversibles, como en el caso número 2 en el que un paciente de 65 años sin otras enfermedades presenta una fibrilación ventricular en el curso de una cardiopatía isquémica aguda, la opinión del médico prima sobre la del paciente. En este caso todos los encuestados opinaron que se debía reanimar al paciente.
- b. El primer escenario plantea una situación de muy mal pronóstico y escasas posibilidades de recuperación y un DVA's que piden desestimar cualquier tratamiento, la respuesta mayoritaria fue no reanimar y, en consecuencia, respetar las indicaciones del documento.
- c. El tercer caso aborda una discrepancia entre lo que escribió el paciente en el documento y la petición de la esposa. Aquí la mayoría de los encuestados expresó el miedo a ser

llevados ante los tribunales y, también, que el riesgo de un juicio adverso es menor por mantener a una persona con vida que por no resucitar.

De este artículo no se pueden sacar conclusiones universales ya que es una población muy seleccionada de la cual, a pesar de ser médicos, desconocemos qué actividad realizan y si se enfrentan a o no a estos problemas. No obstante, los resultados inciden en lo ya afirmado, a saber, que quién toma la decisión última es el médico y que está en su mano respetar o no las indicaciones del documento (escenario 1 y 2) y que la presión del entorno y el miedo a la denuncia judicial condicionan la aceptación de la voluntad del paciente (escenario 3). El aspecto económico de las voluntades anticipadas lo analizaremos más adelante.

2.9. Estándares de asistencia sanitaria

En los casos anteriores se ha descrito cómo el respeto a los DVA's va ligado a situaciones clínicas y, a su vez, cómo el miedo a la persecución judicial planea sobre la toma de decisiones y, por otra parte, el hecho de que algunas personas prefieren una buena comunicación con el médico y una buena información al confiar más en la relación que se crea a través de la comunicación que en un documento firmado.

El estándar de asistencia actual es tratar al paciente agresivamente para alargar la vida, salvo que exprese lo contrario, ya sea personalmente o mediante un DVA's. La situación clínica terminal o el hecho de evitar actos fútiles, aun contando con la dificultad de definir la futilidad, son las excepciones a este estándar. Sin embargo cabe preguntarse qué ocurriría si ese estándar se invirtiese con lo cual, en determinadas circunstancias, previamente definidas, el tratamiento de elección estuviera orientado al confort salvo que el paciente manifestase expresamente que quiere ser tratado para alargarle la vida. Esta opción de actuar en un sentido predeterminado *por defecto*, es decir, siempre que no haya una indicación en contra, ha sido utilizada en múltiples situaciones con éxito, por ejemplo en la detección del VIH, la vacunación o la donación de órganos. Al utilizar cualquier opción *por defecto*, el paciente conserva la facultad de escoger, la elección está centrada en el paciente y su entorno, y se genera *satisfacción*. Esta opción necesita una información y una comunicación excelentes y confianza en el médico todo lo cual es más fácil y proporciona más seguridad si se da en un entorno de *continuidad* (198).

Daren K. Heyland *et al.* publicaron en 2010 en el *Canadian Medical Association Journal* un artículo que recoge una encuesta hecha en cinco provincias canadienses (Alberta, Columbia Británica, Nueva Escocia, Ontario y Québec) entre la población con una enfermedad avanzada pulmonar, cardíaca, hepática o cancerosa. Los resultados que los autores describen como más importantes para los pacientes son: a) que el paciente sienta que la atención sanitaria respeta su dignidad, b) ser tratados con respeto y compasión, c) confiar en el médico, y d) ser bien atendido por un equipo sanitario. Los pacientes y familias enumeran como los factores que más necesitan mejorar: a) el apoyo emocional al paciente, b) la calidad de la relación del médico con el paciente y familia, c) la comunicación y d) la toma de decisiones (198).

En 2017, Nicole B. Gabler *et al.* de la *University of Pennsylvania* (EEUU) están llevando a cabo un estudio (182) con pacientes gravemente enfermos a los cuales se les ofrece optar por uno entre tres tipos de documento de voluntades anticipadas:

- a. El tradicional en el cual el paciente escoge cuáles son los objetivos del tratamiento (rechazar la intubación orotraqueal o la alimentación por sonda, etc.) o que la asistencia sea conducida por una persona de su confianza.

- b. Una asistencia, por defecto, dirigida a prolongar la vida. El paciente puede abandonar esta opción cuando quiera.
- c. Una asistencia, por defecto, centrada en el confort. El paciente puede abandonar esta opción cuando quiera y cambiar a b).

Los resultados primarios que se quieren analizar son: en primer lugar, el número de días libres de hospital (sin contacto con el centro de atención de agudos) y, los secundarios, ingresos en el hospital y en la UCI, coste de la asistencia, calidad de vida, uso de centros sociosanitarios, conflictos, satisfacción, calidad de vida, correspondencia entre las preferencias del paciente y la asistencia recibida y valoración del duelo de los familiares cuando el paciente fallece.

Este estudio en curso resulta interesante porque se centra en el paciente, busca resultados subjetivos (calidad de vida, duelo, *satisfacción*, conflictos, correspondencia entre las preferencias del paciente y la asistencia recibida), etc. mediante datos objetivos: días libres de hospital, días de ingreso, uso de centros sociosanitarios, coste. *A priori* parece menos burocrático que las voluntades anticipadas tradicionales y valora la *continuidad* en la asistencia a través de los ingresos en centros sanitarios.

2.10. Los planes anticipados de asistencia (PAA)

Los planes anticipados de asistencia (*Advance Care Planning*)³⁴ son un paso más allá que las voluntades anticipadas pues incluyen otros aspectos del cuidado no exclusivamente médicos (186, 187, 188, 189, 196). Los PAA se confeccionan mediante la intervención de un profesional no necesariamente sanitario y además uno sanitario, el paciente y sus allegados en un proceso de comunicación cuyo objetivo es entender, dialogar y planear la asistencia sanitaria futura. Estos planes fueron inicialmente concebidos y usados para cuando el paciente perdiese la capacidad de tomar sus propias decisiones, pero también se están usando como ayuda para tomar decisiones en pacientes capaces ante decisiones difíciles y, de hecho, son planes de *decisiones compartidas*. Para confeccionarlos, el profesional dirige el procedimiento de decisión siguiendo un cuestionario previo y ayudado por videos, material escrito o programas electrónicos interactivos (195). Algunos de estos programas son una marca registrada (187). En EEUU la Autoridad Sanitaria está facultada para financiar, a través de becas o de contratos, el desarrollo y la evaluación de estos materiales e, incluso, si estas herramientas consiguen ahorro o mejoran la calidad asistencial, puede autorizar su implementación. Estos planes se acercan más al plan ideal de futuro ya que cumplen muchos de los requisitos enumerados anteriormente: son pedagógicos para el profesional y el paciente, y realistas ya que se elaboran conjuntamente y tratan de lo que quiere el paciente. Además, los pacientes que siguen este procedimiento demuestran un mejor conocimiento de su enfermedad, perciben mejor el riesgo, la asistencia que reciben se ajusta más a sus preferencias y se muestran más activos para tomar decisiones (195, 197).

Los ACP los elabora el paciente aconsejado o guiado por un profesional (el facilitador) con un doble objetivo:

- a. Emparejar la asistencia sanitaria que recibe un paciente con lo que él mismo, o a través de un representante legal, ha dispuesto en el documento y,

³⁴ En la bibliografía en lengua inglesa. En adelante PAA.

- b. mejorar el uso de los recursos sanitarios del final de vida. Este último aspecto se justifica con tres argumentos:
 - I. Los costes de atención aumentan mucho en el último año de vida,
 - II. los tratamientos caros y complejos cercanos a la muerte no mejoran la calidad de vida sustancialmente,
 - III. ni tampoco suele ser lo que quieren los pacientes.

Dadas las características expuestas, se puede concluir que los PAA contemplan el respeto a la autonomía del paciente y el consumo de recursos sanitarios.

2.11. Problemas éticos relacionados con los PAA

Los PAA se alejan, no obstante, del ideal porque no son inmunes a las presiones externas y no resuelven el problema sobre cuál es el estándar de atención sanitaria.

Los problemas éticos relacionados con el éxito económico de estos planes son analizados por algunos autores (186, 193, 194) y plantean, en particular cuando se usa la figura del facilitador, la importancia de la confianza en el experto y de la *continuidad* en la información para que esté disponible cuando sea necesaria para decidir. Otro punto destacable es la definición del estándar de tratamiento ya que es básico preguntarse cómo se definen los medios que se van a emplear en el tratamiento de un paciente ya que no es lo mismo si se definen a partir de la enfermedad motivo de consulta o según las enfermedades subyacentes, el pronóstico o la edad. Cabe señalar la asociación entre éxito económico como una meta y ahorro y contención del gasto lo que suscita nuevas preguntas sobre cuáles son las discriminaciones e iniquidades que se generan, directa o indirectamente, y también a qué abre la puerta esta nueva situación.

Aunque lo analizado no es cosa del futuro puesto que, de alguna manera, ya se está realizando cuando se liga la asistencia al contenido de una póliza de seguros.

Otros aspectos a considerar son si constituyen o no un acto sanitario independiente y, en consecuencia, susceptible tanto de ser financiado como de ser exigido al profesional sanitario por la aseguradora o por el paciente: el establecimiento de un diálogo sobre las preferencias de tratamiento de final de vida y el lugar de la muerte o la elección de instaurar tratamientos de éxito dudoso en relación al estado del paciente o la hospitalización ante una situación terminal y, yendo más allá, preguntarse quién está facultado para llevar a cabo este diálogo en el caso de que sea una actividad remunerada.

Estos extremos son defendidos por E. Oshima Lee y E. J. Emanuel en un artículo publicado en *The New England Journal of Medicine* en 2013 (195). La defensa de la propuesta de financiar este diálogo en el seno de la RMP, que fracasó por la oposición de algunos políticos y de una parte de la población, la hacen en el marco de la *America's Affordable Health Care Choices Act* de 2009 (AAHCCA) y la ligan a una premisa: que la historia clínica incluya los documentos que den fe que la información suministrada se ajusta a la prescrita en la AAHCCA e igualmente subrayan su utilidad como dato para medir la calidad asistencial. Según la AAHCCA el diálogo ha de ser obligatorio e incluir una serie de ítems pre-especificados. La propuesta de los autores va más allá: la financiación de la visita médica a ese fin y la penalización en caso de que no quede reflejada en la historia clínica.

Aunque, en teoría, esta actuación va dirigida a mejorar la atención a cualquier paciente, capaz o incapaz de escoger por sí mismo, o cuando implique una gran agresión (colocación de una prótesis

en una gran articulación, tratamientos de rescate del cáncer cuando ya han fracasado otras líneas de tratamiento, intubación orotraqueal en la insuficiencia respiratoria crónica avanzada, hemodiálisis en pacientes ancianos, nutrición o hidratación artificial, entre otros), en realidad puede significar una injerencia en la RMP y situar al paciente y al médico a merced del pagador. El diálogo sobre el final de la vida o sobre las opciones de tratamiento en situaciones difíciles (por ejemplo, pacientes jóvenes, pacientes con importantes responsabilidades familiares, escasas opciones de tratamiento, éxito dudoso, tratamientos quirúrgicos muy agresivos, entre otras situaciones) es complejo y necesita que tanto el profesional como el paciente estén emocionalmente dispuestos a afrontarlo. La conversación debe nacer en la RMP. Es importante tener en cuenta que las ayudas externas (videos, material escrito, programas electrónicos) son útiles y mejoran los resultados aunque pueden ser fuente de manipulación. La conversación debe formar parte del estándar de atención y, como tal estándar, los profesionales han de recibir la preparación necesaria para llevarla a cabo a lo largo de su formación curricular (199). El error, es separarla del estándar y considerarla una prestación médica diferente puesto que abre la posibilidad a que la prestación la lleve a cabo otro profesional “especialista en este tipo de conversaciones” con lo cual se diluye y fragmenta el acto médico todavía más.

Probablemente los problemas sigan residiendo en:

- a. Cómo se financia el acto médico;
- b. la oportunidad de la conversación: quién la inicia si el profesional o el paciente y en qué momento de la enfermedad;
- c. la formación de los profesionales, y
- d. la concepción de la medicina como una suma de fragmentos en manos de expertos diferentes y no como un todo en un paciente.

2.12. Ahorro en el gasto sanitario

En los apartados anteriores se ha estudiado el primer objetivo de DVA's, que se refiere a la atención sanitaria que el paciente quiere recibir al final de la vida. En cuanto al segundo objetivo, el que se refiere al gasto sanitario, voy a analizarlo a partir de unas cuantas publicaciones que intentan contestar a la pregunta sobre si el uso de este tipo de herramientas permite un ahorro del gasto sanitario en la atención del final de la vida (186, 187, 188, 189, 190, 191, 195, 196) y, en caso de que lo consigan, cuáles son los riesgos ligados a esta meta que inicialmente fue secundaria pero que va camino de convertirse en principal (193, 194).

Los análisis de ahorro de costes publicados son difíciles de comparar, interpretar y generalizar ya que no existe unanimidad en cuanto al objeto analizado, ni el período a estudiar, ni en qué momento de la vida se aplica el análisis de los costes, como por ejemplo: los gastos de hospitalización y farmacia, con o sin los de transporte en ambulancia; los gastos atribuidos al uso de los recursos sociales; los análisis de los costes en el último año de vida o solo desde que se redactó el documento o el menor uso de cirugías complejas tales como la inserción de una prótesis. Y, además, son pocos los estudios que incluyen los costes desde el punto de vista social: horas de trabajo invertidas en cuidar a un familiar en el domicilio o acompañarle a las distintas visitas médicas; el aumento del uso de los recursos sociales; el gasto de los cuidados en el domicilio; el impacto en los cuidadores no pagados o en la calidad de vida del paciente y su entorno. En cambio, como es más fácil contabilizar los días de ingreso en un hospital o en una UCI, el consumo en

farmacia o quirófanos, la mayoría de estudios solo contemplan estos aspectos y, paradójicamente, sacan conclusiones.

T. S. Tan y A. Jatoi, del Departamento de Oncología de la Clínica Mayo de Rochester (Minnesota, EEUU) (190), estudian de forma retrospectiva si las voluntades anticipadas reducen el coste del tratamiento del enfermo terminal con cáncer. El estudio, realizado en 2008-2009, incluye a los pacientes con tumor sólido ingresados en el servicio de Oncología y que murieron en el hospital. Los autores analizan la relación entre el coste de la hospitalización o el uso de medidas llamadas “heroicas” (reanimación cardiopulmonar, intubación orotraqueal, quimioterapia de rescate) con la vía de ingreso en el hospital (urgencias, desde la consulta del oncólogo, desde un centro sociosanitario) y el haber suscrito un DVA’s. También incluyen en el análisis a los pacientes que han tenido una conversación cara a cara con el oncólogo o el especialista en cuidados paliativos el día del ingreso. Los resultados muestran que ni la conversación con el médico ese día ni un DVA’s disminuyen el coste de la hospitalización ni el número de medidas heroicas emprendidas. Este estudio adolece de ser retrospectivo, el número de pacientes incluidos es pequeño y está limitado a un único centro sanitario, pero, sin embargo, muestra que el impacto de los documentos de voluntades anticipadas es pequeño o nulo, que es difícil redactar e interpretar los documentos y que la información que reciben los pacientes para tomar decisiones sobre su salud y su vida es muy mejorable.

En 2015, Josie Dixon *et al.* publicaron un artículo en la revista *Palliative Medicine* (191) para responder a esa pregunta. Su estudio recoge un período de 24 años, desde 1990, que es cuando en EEUU se promulgó la primera ley sobre las voluntades anticipadas, hasta 2014. En la revisión que realizan no encuentran ningún estudio sobre coste efectividad y concluyen que estos planes no aumentan el gasto y en determinadas circunstancias o con determinados pacientes, lo disminuyen: para los que viven en una residencia, los que presentan unas elevadas necesidades de ayuda y disponen de pocos recursos, las personas con demencia que viven en la comunidad o los que viven en una región con un gasto sanitario elevado. El marco descrito no es tanto el ahorro sino la contención de los gastos y la distribución de los recursos de manera equitativa y eficiente.

En 2016, Corinna Klingler *et al.*, en un artículo de revisión publicado en *Palliative Medicine* (186), se plantean los problemas éticos que pueden surgir si estos planes PAA consiguen un éxito económico. Los autores concluyen que quizás los PAA reduzcan los gastos relacionados con la asistencia al final de la vida, aunque para afirmarlo definitivamente se necesitan estudios metodológicamente rigurosos que, además, identifiquen cuales son los elementos clave que contribuyan a mejorar los resultados clínicos y los costes. Sin duda, como afirman otros autores (181), la promoción de una conversación profunda sobre el final de la vida y sus cuidados ya constituye en sí misma una razón para promover la redacción de los PAA. Por otra parte, si a la premisa anterior se suma la reducción de costes de la asistencia al final de la vida ambos son argumentos de peso que abogan a favor de los PAA, no obstante, las posibles consecuencias éticas del ahorro en la atención sanitaria de estos pacientes exige prudencia. *A priori*, resulta difícil oponerse a un instrumento, como los PAA, que refuerza la autonomía del paciente, mejora la calidad y ahorra recursos. Pero si se analiza bien, a pesar de que el interés primario de estos planes es promover la autonomía del paciente, el ahorro de costes solo es posible si el propio paciente opta por limitar el esfuerzo diagnóstico y/o terapéutico. Estos planes están dirigidos y orientados a través de un profesional facilitador que puede introducir sesgos económicos que benefician a una institución o a una política de gastos o que limiten las opciones para el paciente o que se limite el diálogo. La simple sospecha de un sesgo de este tipo va a destruir la confianza en estos instrumentos. Los autores proponen cuatro medidas para sortear estos peligros éticos: a)

transparencia en cuanto a los objetivos y los conflictos de intereses potenciales, b) asegurar la formación y supervisar a los facilitadores, c) establecer los estándares que garanticen un alto nivel de calidad, y d) formar a los facilitadores para ser capaces de identificar y solventar los conflictos de interés.

Investigando en ese sentido Ronan O'Sullivan *et al.* han publicado en 2016 (188), un estudio hecho en Irlanda sobre ahorro en los costes después de implementar un programa que incluía: un "Plan de voluntades anticipadas" más la elaboración de un documento de "Déjenme decidir" (*Let me decide*, en inglés), combinado con un programa de educación en cuidados paliativos para enfermería. Los datos de coste que analizan son la hospitalización, el número de días de ingreso en un hospital y el lugar del fallecimiento. Este programa se llevó a cabo en 3 residencias de larga estancia del sur de Irlanda y se evaluó comparando los costes 2,5 años antes y 2 años después de la implementación. Para ser incluidos en este programa los candidatos debían demostrar ser competentes o, en caso contrario, se incluían a petición de la familia o del responsable legal. Solo al 10% de los residentes se les consideraba capaces de realizar su propio plan de voluntades anticipadas. Del grupo de residentes con un PAA solo 4 murieron en el hospital y de ellos 3 habían pedido no ser hospitalizados. Independientemente de otros resultados estos datos son relevantes: dentro del programa en 3 casos no se respetaron los deseos de los pacientes y se incluyeron pacientes incapaces a través de un representante legal. El estudio económico muestra una disminución significativa del gasto en hospitalización y del transporte en ambulancia ya que, gracias a los PAA de asistencia y tratamiento se realizaron menos traslados al hospital aunque los desplazados tuvieron estancias más largas que la media anterior a la implementación del programa, probablemente porque los actuales son casos más complejos.

El estudio está limitado por ser retrospectivo y por los cambios que se pueden haber producido a lo largo del tiempo (clínicos, criterios de traslado o de hospitalización, deterioro de los pacientes ingresados en los centros, traslados e ingresos por defecto al no existir directrices al respecto).

2.13. La contención del gasto

El compromiso que representa la toma de decisiones compartidas en el seno de la RMP significa que se tiene en cuenta dos aspectos: por un lado, la autonomía del paciente y, por otro, la beneficencia del médico. Este compromiso se valora por los resultados individuales: que sean satisfactorios para ambos y que estén en consonancia con las preferencias del paciente.

Al asociar el aspecto financiero a las directrices anticipadas emerge con fuerza el interés de las aseguradoras médicas cuando tratan de integrarlo en sus programas de cuidados o cuando los políticos las incorporan a la legislación sanitaria (194). Al añadir el criterio de la contención del gasto o el ahorro se da un paso más ya que se introducen nuevos elementos: la distribución de recursos (justicia), el interés de la aseguradora y el de la comunidad (intereses personales o grupales). A los pacientes el financiador no les exige que se sacrifiquen por la compañía ni por la sociedad pero, en la práctica, analiza si gastan más o menos y, como los que menos gastan son los que deciden limitar el esfuerzo terapéutico y de cuidados al final de la vida, podrían llegar a ser los deseables. En cambio, no se analiza cuáles son los intereses de las partes que promueven el ahorro ni a qué se dedica lo ahorrado ni qué elementos hacen tan caros los cuidados al final de la vida: la farmacia, la tecnología, los equipamientos o el personal.

Los PAA introducen nuevos actores en la RMP que tienen voz y voto. Hasta ahora los terceros injerían en la RMP pero se expresaban a través del médico o del paciente, ahora, mediante los PAA, tienen voz propia, que puede ser desoída por el médico, pero entonces puede entrar en

contradicción con la autonomía del paciente, que es la razón que justifica el Plan. La inclusión de la tercera voz en la RMP, es decir la voz del plan además de las voces del paciente y del médico, evoca por lo menos cinco posibles conflictos:

- a. Mientras el objetivo económico sea secundario, no hay problema.
- b. Cuando ambos objetivos se consideren de la misma importancia, el interés del paciente ya no es el único guía de la decisión, lo cual cuestiona la validez del acuerdo y resta fuerza a un argumento basado en principios éticos (autonomía, beneficencia).
- c. La variabilidad de la actuación del financiador ante aquellos pacientes cuya elección sea la más “cara”.
- d. La probable fuente de manipulación de los programas que colaboran en la confección de los PAA,
- e. El profesional deberá obedecer a decisiones que él no ha tomado ni ha participado y que no comparte necesariamente.

Al priorizar la contención del gasto o el ahorro a través de un PAA se implica al individuo porque se actúa según sus preferencias y su supuesto beneficio, pero no se actúa sobre los costes de los tratamientos o de las exploraciones complementarias ni sobre cómo se presiona a médicos y pacientes para que gasten más; lo visible sobre la contención es la presión sobre dos actores: el paciente y el médico. Los costes también son visibles y medibles, los beneficiarios, en cambio, son invisibles. No obstante, la gran aportación de estos planes, como se ha venido diciendo, es la conversación sobre el final de la vida, la posibilidad de que el paciente exprese lo que quiere y que el médico asista, provoque, escuche, registre, considere y utilice esa conversación.

A tenor de lo analizado hasta ahora, se puede concluir lo siguiente:

- a. En relación a los DVA's, la respuesta a la pregunta sobre si se respetan las voluntades anticipadas es que no siempre o, por lo menos, la decisión queda en manos de la conciencia del profesional. Queda abierto, entonces, la consideración de que formando a los profesionales en la conversación sobre los cuidados del final de la vida se consiga mejorar la atención de este periodo.
- b. Sí se puede afirmar que la confianza y la *continuidad*, que son resultados de la RMP, mejoran la aceptación o el seguimiento de las voluntades anticipadas o de los PAA.
- c. Parece, también, que, en definitiva, lo más importante es el diálogo acerca de qué quiere el paciente al final de su vida.
- d. Abogar por una formación curricular para abordar la conversación sobre el final de la vida.
- e. La necesidad de una labor pedagógica del profesional y del paciente, bidireccional, incluso si la formación se incluyera en los currículum.
- f. Los documentos deben nacer dentro de la RMP puesto que si se imponen desde fuera, están sujetos a presión.

2.14. Protocolos

La combinación de medidas y acciones que he descrito en los apartados anteriores contrapesan parcialmente la asimetría de poder de la RMP. Pero, sobre todo, en un sentido: el médico deja de ser el referente moral capaz de decidir qué es bueno para el paciente, lo cual no quiere decir que

el fiel de la balanza se desplace siempre hacia el paciente sino que este es presa de presiones externas nuevas: las que provienen de sus allegados o de la sociedad (la publicidad, la ideología o la religión del proveedor de servicios sanitarios, la financiación del acto médico) y las tiene que conjugar con sus preferencias.

Esta nueva situación no cambia la relación de poder generada por la acumulación de conocimientos porque el profesional sigue siendo el experto al que algunos pacientes recurren, en calidad de guía, en una zona gris que constituye la frontera entre los juicios que tienen en cuenta hechos y los que consideran los valores del paciente (85). Los DVA's deberían permitir que el paciente expresase esos valores personales que le hacen tomar una decisión única porque otro en su misma situación, podría tomar una decisión distinta. No obstante, al priorizarse la autonomía sobre cualquier otra consideración, puede alejar, como se ha dicho, los cuidados del paciente de las expectativas éticas de beneficencia y situar al médico en una tesitura que juzgue inaceptable.

Otra medida de contrapeso es promocionar el acceso de los pacientes a la elaboración de guías y protocolos de actuación sanitaria, que, liderada por los profesionales, facultan al paciente para controlar su enfermedad. Para ser realmente útiles estas guías deben incluir tres aspectos:

- a. Información sobre la enfermedad y cómo manejarla.
- b. Explicación sobre las herramientas de control de la enfermedad, cómo se utilizan y cuál es el significado.
- c. Datos sobre cómo, cuándo y con quién ponerse en contacto en caso necesario.

La implementación de los tres aspectos consigue:

- a. Pacientes mejor informados y, por lo tanto, más dueños de sí mismos,
- b. más activos en el control de la enfermedad, y
- c. una mejor colaboración del profesional sanitario para reforzar los dos aspectos anteriores (201).

Los protocolos y las guías de actuación de las organizaciones y de las sociedades científicas dirigen la práctica asistencial y limitan el poder individual de un médico, acotando su autonomía. Pero, al mismo tiempo, imponen una pauta de actuación por lo que algunos los consideran paternalistas (73, 85) salvo que la discrecionalidad sobre la aplicación de los protocolos se sustente en la evidencia científica, es decir, a mayor evidencia menor discrecionalidad. El protocolo garantiza un estándar de actuación y elimina variabilidad a la práctica clínica por lo que son elementos de eficiencia y de justicia (equidad, justicia social) y deben incorporar la capacidad de decisión de los pacientes, no han de anularla ni ponerla en entredicho. Esta visión ya está presente en las directrices, protocolos o guías clínicas de actuación tanto en EEUU como en Europa (73), por ejemplo en la Guía para el manejo de los pacientes con enfermedad valvular cardíaca de la American *Heart Association/ American College of Cardiology* dice:

“La elección de la intervención valvular, esto es repararla o recambiarla, así como el tipo de prótesis valvular cardíaca, debe ser un proceso de decisión compartida que tenga en cuenta las preferencias y valores de los pacientes, con una exposición completa de las

indicaciones y riesgos del tratamiento anticoagulante y del potencial riesgo y necesidad de reoperar³⁵.

2.15. Vulnerabilidad

Los límites impuestos para tratar de equilibrar el poder dentro de la RMP se reducen, no obstante, mucho cuando aparece una enfermedad ya que esta causa vulnerabilidad, entendida como riesgo e indefensión ante la exposición al estrés, a contingencias y a la dificultad para afrontar todo ello. En la vulnerabilidad se distinguen dos elementos, uno externo y otro interno, como ya se ha comentado en el apartado 8 de la Primera Parte, en el cual la aproximación a la vulnerabilidad se ha realizado desde dos puntos de vista, uno, teórico y, otro, desde la perspectiva del paciente.

A título de recordatorio, el externo lo constituyen el riesgo, la presión o los impactos a los cuales está expuesto el individuo, es decir: la enfermedad, el dolor, la dependencia, la discapacidad, el miedo, el acceso a los servicios sanitarios o, incluso, el lugar geográfico donde vive o el clima (70). Y el interno, que se refiere a la indefensión provocada por la falta de medios para afrontar esas contingencias sin resultar lesionado.

Y ahí entra el médico, poseedor de los conocimientos de la medicina y, por lo tanto, capaz de sanar, cuidar o aliviar, ofrecer seguridad o acceso a los recursos sociales y, en consecuencia, disipar el riesgo y la indefensión (74). Para que el médico pueda realizar su trabajo es necesario que el paciente le confíe el cuidado de su cuerpo y la información personal relacionada. Pero cuando el paciente confía al profesional la custodia de la información o de su propio cuerpo, le está transfiriendo, al mismo tiempo, la capacidad de tomar decisiones en su lugar. Estas decisiones comportan un riesgo, y el paciente, que es quien va a correr con las consecuencias, acepta transferir al profesional la capacidad de evaluar ese riesgo. Así se crea un trinomio constituido por la confianza, el poder y el riesgo cuyo sustrato se fundamenta en los conocimientos de la Medicina (84). Planteando el razonamiento a la inversa, los conocimientos de la Medicina facultan para detectar, valorar, crear o eliminar el riesgo que asumirán los pacientes lo cual otorga poder al médico y le predispone para ser depositario de confianza de los pacientes. Y, dicho aún de otra manera, una parte del poder del médico está relacionada con su capacidad para disminuir la vulnerabilidad del paciente.

Y, por último, otra muestra más del poder de los profesionales se reconoce en la autonomía profesional para tomar decisiones: en la consulta, el médico se enfrenta a contingencias impredecibles sobre las que deberá decidir con premura, por lo que, irremediablemente, el paciente y la sociedad necesitan confiar en su buen juicio. A estos aspectos del poder de los médicos se intenta poner coto mediante los protocolos institucionales o limitando su capacidad de actuación o de prescripción.

Los conocimientos acumulados por el profesional le capacitan para tomar decisiones autónomas, difíciles de rebatir para los legos que están abocados a aceptarlas, a veces sin más alternativa. La publicación de los resultados de los tratamientos médicos o quirúrgicos o las secuelas y los efectos adversos, asociados a dichos tratamientos, proporcionan a los pacientes elementos de juicio no solo sobre la validez o la eficacia de esas terapias y de quienes las practican, sino, también, respecto a si se adecúan a lo que ellos quieren. La información, cuando es veraz y se adapta a las

³⁵ Traducción propia

necesidades del paciente, construye esperanza y confianza y, al mismo tiempo, ayuda al paciente a aceptar la situación (74).

La función del médico como regulador del acceso a los servicios sanitarios y a las prestaciones sociales relacionadas con la enfermedad aumenta la dependencia de los pacientes ya que el médico, en este nuevo papel, se enfrenta a dos lealtades: por una parte debe defender los intereses del paciente, pero, por otra, también los de la organización que lo contrata, los de quien sufragó la RMP y, en última instancia, los de la sociedad en la que vive (86). El médico se presenta en la RMP no como un individuo aislado poseedor de unos conocimientos, sino como alguien condicionado por el entorno, es decir, condicionado por la institución donde trabaja, por la sociedad en la que vive, por él mismo (su propia ideología, su grupo social, etc.) y por los conocimientos de la Medicina que están en la base de su autoridad. Y estas circunstancias definen, también, la relación entre confianza, poder y riesgo porque son fruto del desarrollo tecnológico, organizativo, económico y social. La fe social en los avances tecnológicos se refleja en la confianza de los pacientes en la tecnología, que tiene la capacidad de generar esperanza (74), permite que se asuman, además, riesgos impensables hace unos años y confirma el poder y la autoridad de los profesionales que saben indicar e interpretar los resultados tecnológicos. La interacción entre paciente y médico no es la misma en la medicina científica que en las medicinas alternativas y, aunque en todas se cree el trinomio confianza-poder-riesgo, es posible que esta interacción se sienta como más humana en un caso que en otro y que una sea más atractiva que otra ante determinadas situaciones o enfermedades.

En la RMP se establece un diálogo entre dos corrientes: la primera está basada en la confianza y los valores éticos y, la segunda, en darle poder al paciente y en la toma de decisiones autónomas. Ambas coexisten, solo se oponen en apariencia, y la vulnerabilidad que acarrea la enfermedad las une. Ambas corrientes son necesarias.

3. FUNCIONES DE LOS MÉDICOS

Las funciones de los médicos son múltiples y están relacionadas con el tipo de trabajo que realizan. Los médicos clínicos asisten a los pacientes pero, además, participan en las labores administrativas y organizativas de la asistencia sanitaria, pueden actuar como expertos o como peritos en una compañía de seguros, un juzgado o en la Administración Pública. Los médicos militares, en tiempo de guerra atienden a los heridos en el campo de batalla y participan en la Logística de los ejércitos. La labor logística, también, debe hacerse en tiempo de paz y sigue siendo cometido de los médicos. Los médicos también participan en la organización de las instituciones carcelarias y en las policiales. Toman parte, además, en la atención a los trabajadores a través de la medicina del trabajo o los médicos de la empresa.

He clasificado las funciones de los médicos en dos grandes grupos: un primer grupo que es el mundo de la atención a los pacientes y un segundo grupo que es el mundo de las funciones delegadas por el Estado o la Sociedad. A continuación voy a analizar este segundo grupo.

3.1. Funciones delegadas

La sociedad, a través de los aparatos del Estado, delega funciones en los médicos, por eficacia o funcionalidad o porque el médico posee los conocimientos para justificar el acceso a los cuidados sanitarios. A saber:

3.1.1. El papel del médico como agente que regula el acceso a los medicamentos, los distintos niveles de atención, las exploraciones complementarias o las prestaciones sociales relacionadas:

3.1.1.1. Los medicamentos: en España, por ejemplo, hasta ahora, solo el médico o el odontólogo están facultados para prescribir medicamentos (Ley 29/2006 de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitario). La facultad de prescribir incluye medicamentos con capacidad adictiva, los que anulan la conciencia, los estupefacientes y otras sustancias altamente tóxicas. Esta facultad es codiciada por otros agentes sociales y sometida a diferentes presiones por parte de los pacientes (que confían y sobrevaloran el efecto terapéutico de los fármacos o drogas), de la publicidad (que les otorga bondades y apenas problemas) o de la industria farmacéutica (que presiona para incrementar las ventas).

3.1.1.2 Los distintos niveles de atención: en su calidad de experto el médico decide cuál es el nivel de atención que requiere el paciente atendiendo a la complejidad de la enfermedad, del diagnóstico o del tratamiento. Los centros de atención están dotados de acuerdo a los niveles de complejidad y, en consecuencia, la capacidad de resolución de problemas médicos es distinta en unos u otros.

3.1.1.3. Las exploraciones complementarias: están sobrevaloradas por los pacientes que presionan a los médicos para acceder a pruebas basadas en la tecnología, que pueden sustituir la relación personal entre el paciente y el médico y que pueden ser usadas como medicina defensiva.

3.1.1.4. Las prestaciones sociales relacionadas con las enfermedades o con sus secuelas (84): los subsidios y prestaciones relacionados con la enfermedad, los recursos sociales para atender las necesidades de los enfermos o las indemnizaciones son bienes codiciados por algunas personas que les llevan a acudir al médico solo para tratar de obtenerlas.

3.1.2. La profesión médica acumula otras funciones delegadas que constituyen otros tantos reflejos del poder de la profesión:

3.1.2.1. Certifican el nacimiento de nuevos miembros de la sociedad así como la muerte.

3.1.2.2. Determinan la capacidad para llevar a cabo ciertas tareas como conducir vehículos de motor o poseer armas de fuego.

3.1.2.3. Indican la capacidad para trabajar en algunas profesiones (marinos) o en caso de enfermedad.

3.1.2.4. Ejercen de peritos en juzgados o en compañías de seguros.

3.2. Otros usos de los conocimientos médicos que no son en beneficio del paciente

Los conocimientos también se usan para fines distintos de la asistencia a los pacientes o de la atención a la salud (80, 81, 82, 83, 170, 171):

- 3.2.1. **Con fines militares o de seguridad: conseguir información de un preso o de un prisionero que se niega a darla, romper una huelga de hambre, torturar, adiestrar interrogadores o torturadores o reconocer a los soldados antes de ser enviados al frente.**
- 3.2.2. **Para aumentar el rendimiento deportivo.**
- 3.2.3. **Para evaluar la idoneidad para un puesto de trabajo o suscribir un seguro.**

4. PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL USO DE LOS CONOCIMIENTOS DE LA MEDICINA FUERA DE LA RMP

Los usos de los conocimientos médicos por parte de profesionales sanitarios fuera de la RMP plantean cuestiones trascendentes:

- a. ¿Quién tiene la potestad para dictar las obligaciones de los médicos: los órganos colegiados de los médicos, las sociedades científicas, los poderes fácticos (la industria relacionada con la sanidad, grupos de presión ideológicos o religiosos, etc.) o el Estado?
- b. ¿Cuáles son las obligaciones éticas de los médicos militares o de los médicos de prisiones: a cuál de los poderes citados en el apartado anterior han de obedecer?,
- c. ¿Cuál es la relación que se establece entre un prisionero, preso o detenido y el médico que asiste o participa activamente en un interrogatorio? E, igualmente, ¿cuál es la relación entre un médico militar y los soldados, entre un médico de empresa y los trabajadores o entre un médico de una compañía de seguros y los que pretenden suscribir un seguro?

Desde los juicios a los médicos nazis en Núremberg se ha convenido que la conducta de los médicos debe regirse por un código ético universal, que trasciende las fronteras físicas y legislativas de los países lo cual quiere decir que dichas reglas deontológicas deberían cumplirse sea cuál sea el país y sea cuál sea la legislación de dicho país. La Asociación Médica Mundial (AMM), fundada en París en 1947 por médicos de 47 países, “fue creada para asegurar la independencia de los médicos y para servir los niveles más altos posibles en conducta ética y atención médica, en todo momento. Esto fue particularmente importante para los médicos después de la Segunda Guerra Mundial y, por eso, la AMM siempre ha sido una confederación independiente de asociaciones profesionales libres. La AMM se financia a través de las cuotas anuales de sus miembros, que en la actualidad pertenecen a 111 países”³⁶

Las recomendaciones de la AMM o el código deontológico de la AMM no están recogidos en las leyes de los todos los estados por lo que su seguimiento puede infringir la ley de un país determinado y, por lo tanto, ser punible. Lo deseable es, pues, que los valores que predicen las citadas normas se recojan en las legislaciones de todos los países ya que ningún médico³⁷ tiene la obligación de ser un héroe o un mártir por seguir las normas establecidas por la profesión. En este

³⁶ Véase: <http://www.wma.net/es> (Consultado el 07-07-2017)

³⁷ Se utiliza la palabra “médico” por estar hablando de la AMM. No obstante, es notorio que otras profesiones sanitarias se adhieren a recomendaciones parecidas.

sentido es ejemplar la resolución aprobada por el Estado de California en 2008 que apoya a los médicos frente al poder del Estado:

From California State Senate Joint Resolution No. 19, Adopted August 14, 2008.

"The Legislature hereby requests that when California licensed health professionals have reason to believe that Interrogations are coercive or 'enhanced' or involve torture or cruel, inhuman, or degrading treatment or punishment, they shall report their observations to the appropriate authorities [and if no action is taken] . . . those health professionals are ethically obligated to report those practices to independent authorities that have the power to investigate and adjudicate those allegations."

"No law, regulation, order, or exceptional circumstance, whether induced by state of war or threat of war, internal political instability, or any other public emergency, may be invoked as justification for torture or cruel, inhuman, or degrading treatment or punishment."

(Según referencia 81)

En la misma línea se manifiestan algunas asociaciones profesionales como la *American Psychiatric Association (APA)* que prohíbe a sus miembros que participen en sesiones de tortura o en interrogatorios (82) aunque se creen normas especiales que los obliguen. En 2006 la APA se posicionó "prohibiendo a los psiquiatras cualquier participación directa en el interrogatorio de cualquier persona bajo detención civil o militar incluyendo estar presente en la sala de interrogatorio, preguntando o sugiriendo preguntas, o asesorando sobre el uso de técnicas específicas de interrogatorio". Una resolución similar fue posteriormente adoptada por la *American Medical Association (AMA)*.

4.1. Informe sobre la tortura del Senado de EEUU

En diciembre 2014 fue dado a conocer al público un informe del Senado de EEUU sobre la tortura. En él se describe como la *Central Intelligence Agency (CIA)* de EEUU usó a médicos, psicólogos y abogados en un programa de torturas posteriores al atentado de las Torres Gemelas en Nueva York, el 11 de septiembre de 2001, llevado a cabo en más de una docena de "agujeros negros" repartidos por el mundo. A los profesionales médicos se les aseguró inmunidad y que no podrían ser considerados responsables de violación de las leyes de EEUU o internacionales contra la tortura siempre que usasen las técnicas aprobadas en los memorandos legales escritos para justificar sus actos. En los memorándums se describen las técnicas de tortura como interrogatorios mejorados. Los médicos asumieron cuatro roles: a) decidir si los prisioneros eran aptos médicamente para ser torturados, b) monitorizar la tortura para evitar la muerte y tratar las lesiones que se pudiesen producir, c) desarrollar nuevos métodos de tortura, d) e, incluso, torturar a los prisioneros. La tortura era supervisada por médicos y por psicólogos y las técnicas que describe el informe son varias: el submarino seco o húmedo (la toca de la Inquisición), la hidratación y la alimentación forzada por vía rectal (primero se les presentaban sus alimentos tradicionales que se administraban a través de una sonda rectal después de haber sido triturados), privación de sueño de hasta 180 horas y amenazas a los hijos de un detenido (80).

4.2. Actuación del médico ante una huelga de hambre

Una huelga de hambre es un acto no violento de protesta política. La huelga de hambre es una protesta arriesgada porque solo tiene tres salidas: la muerte de los huelguistas porque las

autoridades no atienden a sus peticiones (como ocurrió en los años 80 del pasado siglo con los militantes del *Irish Republican Army (IRA)*, con los que el gobierno británico de M. Thatcher se negó a negociar, y cuya muerte fue certificada por los médicos forenses como “muerte por inanición autoinfligida”; la segunda, la alimentación forzosa y la tercera, atender a sus peticiones y acabar con la huelga. Durante una huelga de hambre, los prisioneros de EEUU en el centro de detención de Guantánamo (Cuba) fueron alimentados a la fuerza con el pretexto de que su comportamiento era suicida y, por lo tanto, era legítimo evitar que murieran y, en consecuencia, alimentarlos para impedir la muerte. Con este argumento se pretendió transformar un problema político en un problema médico que tuvo como consecuencia que se tratara médicamente un problema político. Ciertamente los que deciden hacer una huelga de hambre ponen en peligro sus vidas y, si persisten en su actitud, llegarán a morir. Pero su determinación no obedece a una enfermedad, sino a ser fieles a sus creencias y a su pretensión de conseguir unos beneficios políticos que, de otra manera, no conseguirían. La huelga de hambre presiona a la autoridad a través de la opinión pública y, a través de su actitud, el huelguista muestra su determinación y la profundidad de sus creencias por las cuales están dispuestos a morir. La huelga de hambre no es una enfermedad aunque lleve a la muerte. A lo largo de la huelga si pueden presentarse complicaciones médicas que pueden necesitar asistencia, en particular, en la etapa final, cuando se altera la conciencia.

La alimentación artificial y forzada de los huelguistas va contra la voluntad de la persona: atenta contra su autonomía, su intimidad y contra su derecho a rechazar un tratamiento. El papel del médico ha de ser activo, debe respetar la voluntad del huelguista y al mismo tiempo cuidar de él médicamente. La Asociación Médica Mundial (AMA), en la Asamblea General celebrada en Ginebra (Suiza) en 1948, actualizó la fórmula del Juramento Hipocrático que, luego, ha revisado varias veces, la última en la 173ª Sesión del Consejo de la AMA en Divonne-les Bains, Francia en mayo 2006³⁸:

“... Velar ante todo por la salud de mi paciente,

No permitir que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes profesionales y mi paciente.

No emplear mis conocimientos médicos para violar los derechos humanos y las libertades ciudadanas, incluso bajo amenaza...”

La primera lealtad del médico debe ser hacia el paciente, lo cual implica que debe conocerlo y ganarse su confianza y no traicionar su voluntad. Obligar a los médicos a alimentar forzosamente a los huelguistas va contra la ética de la profesión (ver la *Declaration of Malta on hunger strikes 1992. World Medical Association 2006*)³⁹.

³⁸ Véase: <http://www.wma.net/es> (Consultado el 07-07-2017)

³⁹ Véase: <http://www.wma.net/es> (Consultado el 07-07-2017)

En España esta idea también está recogida en los Códigos Deontológicos: “El interés del paciente estará por delante de otros intereses” (Códigos Deontológicos de los *Col·legis de Metges de Catalunya* —edición 2005— y de la Organización Médica Colegial —edición 2011).

Cuando se obliga al médico a alimentar al huelguista, se le utiliza, entre otras cosas, para mantener el orden. En estos casos la participación de los médicos debe ser muy meditada y juiciosa porque debe acercarse al paciente para respetar su autonomía, dilucidar si este actúa libremente e intervenir cuando el paciente lo solicite. En caso contrario, la presencia del médico no tiene por objetivo la atención del paciente sino el objetivo del Estado ya que es usado por él como instrumento político o como arma de guerra. El huelguista puede estar coaccionado por sus compañeros o por sus correligionarios y no haber tomado libremente la decisión de sacrificar su vida por un ideal, sin embargo, aún en estas circunstancias la huelga de hambre no es un problema médico pero las consecuencias de no ingerir alimentos sí lo son. ¿Cómo y cuándo debe el médico intervenir para solucionarlos? La respuesta a esta pregunta es múltiple y tiene que ver con la ideología del médico y de la sociedad en la que vive: la idea de santidad de la vida, la seguridad nacional, la guerra, el orden público, la autonomía del paciente, la invasión de la intimidad, el derecho a rechazar un tratamiento o la pérdida de esos derechos por razón de cárcel o razones militares son algunas razones que se invocan para intervenir y forzar la alimentación o, al contrario, para justificar la no intervención. La Declaración de Malta revisada en 2006 en Sudáfrica traza las líneas de actuación de los médicos (171). Este documento de la AMA consta de una Introducción en la cual se plantean los dilemas éticos relacionados con el deterioro progresivo de la salud de la persona en huelga y, también, la necesidad de asegurarse por parte del médico, previo a cualquier intervención para alimentar al paciente, de cuál es la voluntad real del huelguista. La segunda parte del documento detalla los Principios de actuación o de la toma de decisiones por el médico. Y la tercera parte establece las Normas para el trato de las personas en huelga de hambre.

4.3. Ejemplos de actividades en las que se implica a los médicos por razones militares o de seguridad

- a. El adiestramiento del personal que participa en interrogatorios a prisioneros,
- b. El suministro de medicamentos a los soldados combatientes en frentes de guerra como los psicótrópos inhibidores de la recaptación de serotonina para facilitar que los soldados con problemas psiquiátricos vuelvan al frente cuanto antes.
- c. Participación en interrogatorios a prisioneros o presos o atendiéndoles antes de la pena capital (80).

4.4. Otros ejemplos

- a. Aumentar el rendimiento deportivo.
- b. La selección de embriones para satisfacer preferencias estéticas.

5. FINANCIACIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

La financiación de la RMP está condicionada por quién y cómo se financia, lo cual va más allá de las implicaciones económicas ya que la financiación condiciona los resultados, esto es: el diagnóstico, el tratamiento o la satisfacción del paciente y del profesional. Este va a ser el tema

de este 5º capítulo de la Segunda Parte. Previamente, no obstante, se deben aclarar algunas cuestiones (163):

- a. Esta descripción es válida sobre todo para la Medicina de Familia pero, en líneas generales, también lo es para describir los honorarios de los médicos especialistas o de los que ejercen en los hospitales.
- b. En general, se acepta la discrecionalidad profesional y se confía en la obligación ética de proporcionar el mejor servicio, aunque el resultado de este es incierto por lo cual no es el resultado lo que directamente se retribuye. La RMP no es una relación de resultados sino de medios. En el cálculo de la retribución se dejan aparte aspectos muy relevantes del ejercicio profesional y que los médicos valoran: la precisión diagnóstica (llegar al diagnóstico de forma directa, usando exclusivamente las pruebas necesarias) y las decisiones terapéuticas (tratar la enfermedad siguiendo el orden que, con mayor probabilidad, curará la enfermedad y evitará las secuelas).

La elaboración de las retribuciones de los médicos ha ido evolucionando a lo largo de las últimas décadas. Para confeccionar la retribución se contempla un número de factores que no ha cesado de crecer a partir de la aplicación de las nuevas tecnologías de gestión que permiten análisis más complejos y detallados. Así se han incorporado:

- a. El número total de visitas realizadas: este dato siempre ha sido el más fácil de recabar pero es muy impreciso, solo da idea del número global en un tiempo determinado sin aclarar el contenido de la visita. El número se ha de analizar no solo desde el punto de vista cuantitativo sino también cualitativo. Por lo que es necesario introducir nuevos criterios.
- b. Criterios de calidad asistencial⁴⁰: el tiempo dedicado a cada paciente o la adecuación a las peticiones de los pacientes entendiendo esta adecuación como la *accesibilidad* al médico (o *disponibilidad* desde la perspectiva del paciente) y la personalización de la RMP.
- c. La comparación de la práctica profesional individual con la del resto de profesionales de la misma organización y la misma especialidad siempre que la casuística sea la misma para evitar el sesgo de pacientes “fáciles” frente a pacientes “difíciles”.
- d. 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 dicho, deben ser establecidos por los

⁴⁰ 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 incluir acceso y efectividad. Y algunos incluyen también utilidad. 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.

propios profesionales siguiendo las indicaciones de la medicina basada en la evidencia⁴¹. Aquellos y esta son, también, un mecanismo de contención del gasto porque ambos buscan eliminar los cuidados innecesarios, que se traducen en gastos evitables.

- e. La *seguridad* de la práctica asistencial es una obligación ética y, por supuesto, clínica. Esta *seguridad* afecta no solo al paciente sino también al profesional, en el sentido de evitar daños prevenibles para ambos.
- f. 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 porque consume tiempo. La formación sobre cómo preservar la salud forma parte de la visita médica, pero los resultados de la prevención son futuros por lo que parecen no tener importancia inmediata y fácilmente se descuida contemplarla en la financiación.
- g. El cribaje de enfermedades potencialmente graves para diagnosticarlas precozmente, evitar secuelas, que sean más fáciles de tratar y que mejore el pronóstico. Esta actividad entra 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.
- h. El uso de medicamentos: adecuar los tratamientos para que resulten eficaces y eficientes, evitar las reacciones adversas ligadas a los mismos y los efectos colaterales de su uso, como la aparición de resistencias a los antibióticos o la preferencia de uso por los medicamentos genéricos frente a las marcas registradas, cuando signifique ahorro.
- i. La *satisfacción* del paciente en un sentido amplio porque se refiere a la adecuación a las expectativas del paciente y lo fideliza.
- j. 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.
- k. Los resultados: aunque la RMP sea una relación de medios, se generan, necesariamente, unos resultados, diagnóstico y tratamiento, que, dependen, también, del paciente. En estos casos, al incluir los resultados dentro de la retribución, estos incentivos pueden considerarse “paciente-dependiente”, como por ejemplo:

⁴¹ 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 investigación correctamente concebida y correctamente llevada a cabo. La medicina basada en la evidencia utiliza la clasificación de las pruebas científicas observadas y consensuadas y exige que sólo hechos firmemente establecidos (los que provienen de metaanálisis, revisiones sistemáticas y ensayos controlados aleatorios) pueda 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), cuando se toma una decisión terapéutica, tomando en cuenta los valores y las preferencias de los pacientes, a lo que se conoce como la triada de la medicina basada en la evidencia.

- I. El manejo de los pacientes con algunas enfermedades crónicas, grandes consumidoras de recursos, como, por ejemplo, la diabetes o la insuficiencia cardíaca,
- II. la valoración del número de hospitalizaciones y su duración,
- III. la atención en un hospital de día,
- IV. el control de síntomas y la preservación del autocuidado y la autonomía física,
- V. 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,
- VI. el éxito en los cambios de estilo de vida.

No todos los factores enumerados se consideran dentro de 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 cambie su modo de trabajar y, en estos casos, lo que se incentiva es el cambio, 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, se utiliza la retribución 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, aumentar el número de visitas o de exploraciones (pago por acto) o aumentar el cupo de afiliados asignados (pago por capitación) (163).

No obstante, en la lista anterior no se consideran algunos aspectos muy valorados por la profesión, como, por ejemplo, la precisión diagnóstica o la elección terapéutica, lo cual genera entre los profesionales la sensación de que no se premia a aquellos que, según la profesión, pueden ser considerados los mejores, los más eficientes (definidos como los que hacen los diagnósticos más precisos con una mayor economía 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* en 2012 (163), la conducta de los médicos obedece a motivos intrínsecos y extrínsecos. Los motivos intrínsecos se relacionan con la estima profesional que resulta de dedicar el propio tiempo a la profesión sin tener en cuenta la retribución, a saber: 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 motivos extrínsecos 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 confección 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 restringen la autonomía del médico y del paciente, limitan la libertad de elección de ambos, aunque sea por el bien del paciente, 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 escrutinio del trabajo de los profesionales. La progresiva incorporación del paciente como nuevo agente que consulta, compara y selecciona, conlleva otra fuente de presión sobre los médicos y sus honorarios.

5.1. Retribución de los médicos

Al 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:

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

Las formas organizativas y el grado de competencia de las instituciones sanitarias constituyen el segundo nivel. Cuando las formas de organización son burocráticas suelen ser poco eficientes y se hace necesario encontrar alternativas de organización. Las organizaciones flexibles se adaptan mejor y suelen tener mejores indicadores en estancia media hospitalaria, por ejemplo, o en ajuste de costes de hospitalización por lo que la flexibilización de la organización es una de las alternativas. 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 que está compuesto 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 dinerarias. Todos se refieren a personas o grupos y pretenden el cambio positivo de comportamientos.

La remuneración del trabajo de los médicos condiciona la RMP y este va a ser el escenario que voy a describir en los apartados siguientes.

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

- Honorarios cuando se trabaja por cuenta propia: se pueden definir como el importe que se paga por los servicios de algunas profesiones liberales.
- Salario cuando se trabaja por cuenta ajena, que suele 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 elevar la producción y mejorar los rendimientos y, a su vez, para dirigir la práctica profesional.

Partiendo de estos conceptos se confeccionan los salarios de los médicos. Los pagos mixtos que combinan salario más incentivo, orientados a reducir costes y a mantener un estándar de calidad, son los que consiguen mejores resultados. Dentro del capítulo de los incentivos, los llamados “pago por resultados o por calidad”, *P4P* en la bibliografía en inglés, llevan más de 20 años empleándose pero son motivo de crítica por varias razones:

- Porque 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. Frente a lo cual los gestores responden que al emplearse los medios adecuados, previamente definidos, es, justamente, cuando hay la mayor probabilidad de conseguir el resultado perseguido y, por lo tanto, está justificado incentivar el empleo de dichos medios.
- 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, a cambio, transforman y promocionan una visión del médico simplemente como un agente económico.
- Porque atentan contra la autonomía del médico y buscan que el comportamiento del profesional sea el promovido por los gestores mismos.
- Y, por último, porque favorecen una selección de pacientes de acuerdo con los que mejor se adaptan al perfil dibujado por el incentivo.

5.1.1. Honorarios

Los honorarios los suele fijar el profesional y los abona el paciente, a veces, de su propio bolsillo y otras, son reembolsados por una compañía de seguros. Los honorarios están en función, sobre todo, de la capacidad del médico para vender su prestigio profesional y su imagen y no necesariamente relacionados con la calidad real ya que esta tiene una dimensión técnica no fácilmente observable. Los honorarios fijados exclusivamente por el profesional pueden ser analizados a partir de cuatro aspectos interrelacionados:

- a. La cuantía: se debe valorar si los honorarios son proporcionados o no en relación a la dificultad del diagnóstico, del tratamiento, del aprendizaje o del riesgo.
- b. La equidad de acceso: si los honorarios condicionan o no los cuidados médicos es decir, si están al alcance de todos de modo equitativo.
- c. Las consecuencias de no recibir atención médica: 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.
- d. Las alternativas de atención en otro centro o por otro profesional: si existen, cuáles son y si son comparables los resultados.

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:

- a. 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.
- b. La equidad en el acceso a los servicios sanitarios: que está sujeta a los modelos sanitarios y económicos que pueden reconocerla o no como una obligación.
- c. 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.

- d. 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 en ser atendido.

5.1.2. Salario

En el caso de una Sanidad Pública tipo Servicio Nacional de Salud la mayoría de los actos médicos están financiados por el Estado y, en el caso de las compañías de seguros médicos, por las propias compañías. Estas organizaciones son las que confeccionan y fijan la retribución que puede ser de tres tipos: por salario o bien por honorarios o una mezcla de ambos. La retribución, para ser atractiva para el profesional, debe contemplar:

- a. El prestigio del profesional y cómo aumentarlo,
- b. el reconocimiento profesional por sus pares y por el empleador,
- c. la capacidad para organizar la práctica profesional y la libertad para llevarla a cabo,
- d. el dinero retribuido,
- e. las condiciones laborales y,
- f. las condiciones de vida.

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

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

- a. 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,
- b. en los resultados obtenidos: adecuación de medios y diagnósticos, tratamientos, efectos adversos relacionados con la hospitalización, etc., y
- c. en cómo llegar a los resultados.

Estas disquisiciones dan por sentado el aspecto técnico porque se asume que ya viene garantizado por el profesional y la profesión. Pero hay otros aspectos no estrictamente técnicos que el paciente atribuye a la RMP, algunos tácitos y difíciles de explicitar. Y que no suelen estar incluidos en la confección de la retribución (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 el mejor interés y que se comportará como 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:

Recordemos la de los Códigos Deontológicos de los *Col·legis de Metges de Catalunya* —edición 2005— y de la Organización Médica Colegial —edición 2011: “El interés del paciente estará por delante de otros intereses”.

Además, la Asociación Médica Mundial declara: “El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica”⁴².

Y el artículo 32 del *Code de la Déontologie Médicale de l'Ordre de Médecins*: “El médico se compromete a proporcionar cuidados esmerados, abnegados y fundamentados.”⁴³ En EEUU el *Code of Medical Ethics* de la *American Medical Association* dice en el apartado 1.1.1: “situar el bienestar del paciente por encima del propio interés del médico”⁴⁴.

Este compromiso lo es respecto a los procesos de diagnóstico y a los valores de la RMP: el profesional usa unos conocimientos 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 individualmente no se puede garantizar (163). Y, además, añadir la dificultad de estandarización del acto médico debido:

- a. A la asimetría de conocimientos que vela los razonamientos médicos que suelen ser incomprensibles para el lego y,
- b. La personalización del acto que se refiere a un único individuo cada vez y que incluye los métodos diagnósticos dirigidos a este paciente individual.

Sin embargo, estas recomendaciones deontológicas no siempre son aplicables por lo que los pacientes pueden llegar a ser cautivos de cómo se retribuye el trabajo de los médicos, en particular cuando hay un único servicio médico disponible: 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, en su origen, se dedicaron a labores de beneficencia. Igual ocurre en el caso de un proveedor concertado a través de una compañía de seguros independientemente del lugar de atención.

La condición de 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 los 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 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 asumido en las últimas décadas progresivamente: 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.

⁴² Véase: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/c8/index.html> (Consultado el 24-03-2017)

⁴³ Véase: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-code-de-deontologie-medicale-915> (Consultado el 24-03-2017)

⁴⁴ Véase: <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ama-code-medical-ethics> (Consultado el 24-03-2017)

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 sean fáciles de aplicar.

Comparando esas cuatro formas de retribuir más comúnmente usadas se observa que cada una implica ventajas e inconvenientes sobre las otras.

- a. El pago por salario no está vinculado con la consecución de resultados y a la larga resulta poco estimulante. El salario 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 (86).

Por ejemplo, en EEUU se sometió al Tribunal Supremo si las corporaciones con ánimo de lucro podían seguir los preceptos de una religión y, así, liberarse de algunas obligaciones sociales contrarias a su religión, en este caso: financiar una contracepción que en cualquier punto del proceso anticonceptivo la corporación pueda considerar abortiva (por ejemplo, prevenir la implantación de un óvulo fecundado o la muerte del óvulo fecundado) y sin que los conocimientos científicos sean tomados en consideración:

“Sin embargo, una vez la mayoría ha concluido que una corporación sin ánimo de lucro puede ejercer una religión, los jueces no encontrarán 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, Federal Statute de EEUU*)⁴⁵.

Por esta resolución de la Corte Suprema de EEUU, en el caso de compañías que expresan 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 cubierta por su póliza de seguro 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 profesional como del paciente, y, en cierta medida, condiciona que ambos sean cautivos de la institución, como sucede en el caso que acabamos 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, puede llegar a hacerse extensiva a otras actividades de prevención como las vacunas, los antidepresivos (en el caso de la Iglesia de la Cienciología) o de tratamiento (por ejemplo, las transfusiones en el caso de que el médico que atiende sea Testigo de Jehová).

⁴⁵ Traducción propia. Según cita 86.

- b. 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 pasado con cada paciente, el tiempo de demora en conseguir cita o por la personalización de la RMP). Este tipo de retribución favorece una RMP más larga y exclusiva, posibilita las tres formas de *continuidad*: de personas, de información y de dirección.

Pero, también, aumenta 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. Los médicos generan gasto a partir de la primera visita: para el diagnóstico, a través de análisis de muestras biológicas o de las exploraciones complementarias, y para el tratamiento farmacológico, quirúrgico, implantes, radioterapia, rehabilitación y fisioterapia, etc.

El pago por acto admite dos variantes: Cuando el médico fija su propia tarifa o cuando el médico actúa bajo una tarifa prefijada, que es lo que ocurre en general cuando trabaja para una compañía de seguros médicos.

El pago por acto origina varios efectos indeseables:

Aumentar el número de visitas, ya que cada una genera un acto y, en consecuencia, un estipendio.

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 los pacientes de un médico a otro de distintas especialidades, ya sea en consulta o para practicar exploraciones complementarias (análisis, pruebas de imagen) lo cual significa un aumento en la facturación a la compañía pagadora y algunos actos médicos innecesarios. Todo ello se traduce en una menor eficiencia, entendida como evitar actos superfluos, y contraviene el principio de no maleficencia porque aumenta el riesgo de efectos adversos ya que ningún tratamiento o prueba son inocuos.

La medicina de complacencia, que, como se ha comentado, 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 medicina defensiva (Ver el apartado 8 de la Segunda Parte).

El pago por acto incita a los médicos de familia 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 aunque se mantenga la *continuidad* (Ver apartado 6 de la Primera Parte).

- c. El pago por capitación favorece la selección por parte del médico de los pacientes. Como el salario está en función del número de pacientes adscritos, los más rentables serán aquellos que menos problemas generan, los que sean más cumplidores o los que mejor se adaptan al perfil solicitado por la compañía pagadora. La capitación incentiva la

reducción de costes pero se acompaña de una disminución de la calidad del servicio (medido por el tiempo dedicado a cada paciente y el número total de los mismos) y fomenta la dispersión de problemas, por ejemplo, aumenta las consultas de los médicos de familia a los especialistas. Otro aspecto a veces perverso, es que, cuando hay pocos pacientes, los profesionales compiten entre sí.

Table 1: Advantages and Disadvantages of Different Payment Systems

Type of Model	Description	Potential Advantages	Potential Disadvantages
Fee-for-service	Physician gets paid for each service provided	<ul style="list-style-type: none"> As providers get paid for each new service, they may be able to increase services available as demand grows May stimulate high quality if there is competition based on performance Simple to administer and enforce once established 	<ul style="list-style-type: none"> Overprovision of services No incentive for team-based care No incentive to consider overall health care costs Encourages short doctor visits No change in rewards based on experience or quality
Salary	Payment of annual salary to work a certain number of hours per week	<ul style="list-style-type: none"> Contains costs unless associated with unnecessary referral or test ordering Simple to administer and enforce Reduced incentive to overtreat compared to fee-for-service 	<ul style="list-style-type: none"> Can mean low productivity or quality of service No incentive to see more patients or provide better access
Capitation	Payment made for every patient enrolled in the doctor's practice	<ul style="list-style-type: none"> Contains costs Defined patient population facilitates preventive care Incentive to keep costs per patient low Encourages population coverage by incentivizing physicians to take on more patients 	<ul style="list-style-type: none"> Complex to establish and enforce Can mean low quality, particularly through underprovision of care May encourage doctors to select the healthiest patients

Source: Adapted from Conference Board of Canada (2014).

(Según referencia 213)

- d. 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. Ya que más pacientes atendidos significa mayor salario, cuando los pacientes exigen mayor dedicación, es decir, más tiempo, una cartera de pacientes en la cual predominan los pacientes complejos significa una menor retribución aunque el esfuerzo y la preparación requerida sean mayores. El paciente complejo suele ser un paciente anciano, afectado por varias patologías, algunas interdependientes, que está incluidos dentro de un cupo de pacientes asignado a un mismo médico de familia, y cuyo manejo exige tiempo y pericia. Aquí aparece, de nuevo, la vulnerabilidad como un factor más que se ha de tener en cuenta para elaborar la retribución.

Kim Rose Olsen publicó en 2012, un artículo en el *Health Economics* (204) que explica el estudio realizado en Dinamarca sobre los ingresos de los médicos de familia que trabajan en solitario, que atienden a pacientes complejos y perciben una remuneración mixta. En su estudio concluye que esta forma de retribución, que incluye 70% por servicio y 30% por capitación, es insuficiente para compensar el menor número de pacientes en el cupo debido a la complejidad de la atención sanitaria y al tiempo que consume.

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 conllevar 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 proporción de médicos se concentra en las grandes ciudades, en los hospitales universitarios con docencia e investigación y en los horarios más convenientes. Los aspectos no dinerarios de la retribución explican estas diferencias: el prestigio y reconocimiento profesional, las condiciones de vida o las preferencias familiares. En cambio, las áreas rurales apartadas o las islas se ven desprovistas de médicos o de servicios especializados, a menos de que se premie la atención en esas zonas para compensar los aspectos no dinerarios de la retribución. En algunos países se subsana esta desproporción obligando por ley a que los médicos realicen períodos de tiempo en esas zonas desprovistas; los médicos recién licenciados o recién incorporados a la profesión o, incluso, en período de formación son los que suelen cumplir esa obligación. Todo ello hace más vulnerable a la población que vive en esas zonas, como ya se ha apuntado en los capítulos anteriores.

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

5.1.3. Los incentivos

Tradicionalmente se ha pensado que el esfuerzo del médico no se ve bien correspondido 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. Los regalos son moralmente neutros, siempre que, por ambas partes no estén condicionados ni condicionen la relación, y pueden verse como incentivos a una práctica profesional determinada. Las empresas sanitarias también buscan fomentar una práctica profesional determinada para lo cual contemplan el pago de incentivos a los médicos no a título de regalos sino conformando una retribución variable sometida a unas metas, previamente estipuladas y ligadas al aumento de la calidad y al ahorro de dinero, lo que no es, de entrada, moralmente negativo. 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:

- a. El incentivo remunera una carga de trabajo adicional, administrativa y profesional.
- b. Con el incentivo se persiguen, en ocasiones, unos objetivos clínicos beneficiosos en el futuro (por ejemplo las actividades de prevención) y, por tanto, con un cierto grado de incertidumbre y, por tratarse de la relación entre un médico y un paciente: individualmente inciertos.
- c. Los incentivos corren el riesgo de desviar la atención del profesional de cuál es el mejor interés del paciente lo que, para ser moralmente neutrales, no debería suceder.
- d. Pueden contribuir a corregir los efectos perversos de las modalidades de pago⁴⁶ pero no deben distraer la atención del profesional ni promover que se descuiden otros aspectos de la atención.

Para conseguir las metas estipuladas existen, no obstante, vías alternativas a la dineraria como, por ejemplo, la reflexión profesional sobre la necesidad de ser más eficientes. Esta vía puede

⁴⁶ Ver más arriba tabla 1, referencia 213.

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 médico⁴⁷ por esa 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 y el paciente o la empresa o entre el médico y la sociedad y originan conflictos de conciencia en el profesional. A continuación se detallan algunos aspectos de esas nuevas tensiones:

- a. Las que resultan del binomio formado por las obligaciones del médico como cuidador/sanador y defensor de los intereses del paciente frente al gestor 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 para el 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 hay otras alternativas más adecuadas, 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.

- b. El paciente se verá involucrado en esta tensión que afecta directamente a la RMP: los protocolos se aplican sobre pacientes en cuya elaboración, como se ha dicho, no suelen participar. Los pacientes son los beneficiarios de la prescripción de medicamentos pero también quienes sufren las consecuencias.
- c. 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 tercer nivel y el médico de familia es el responsable de dar continuidad al tratamiento, la prescripción generada aquel repercutirá sobre la asunción del objetivo, a menos que se pongan en práctica nuevas medidas administrativas para evitarlo. Si el profesional 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.

Este aspecto lo ponen de manifiesto los autores del Documento de la *Plataforma 10 minuts* cuando denuncian la confección del incentivo ligado a la prescripción y al gasto máximo asumible⁴⁸ (87).

Algunos incentivos benefician a los médicos con una cartera de pacientes sanos, sin pacientes pluripatológicos, más ricos o más educados y menos frequentadores de las consultas médicas, más cumplidores de los tratamientos, que necesitan menos supervisión

⁴⁷ 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 profesión, la declaración de resultados clínicos actúa, también, como un incentivo no monetario aunque es una forma de motivación basada en la presión externa.

⁴⁸ Ver apartado 5.3. Complementos de retribución variable de la Segunda Parte.

y mejor alimentados de ahí que los incentivos favorecen, también, la discriminación entre profesionales. Esta discriminación puede ser incluso geográfica por las diferencias de salud según el nivel socioeconómico del lugar de residencia (219).

- d. 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 de 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 de acicate para mantenerlo.
- e. 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 la prescripción o que no le hacen una resonancia nuclear magnética porque el médico percibe 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 inconfesables.
- f. 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.
- g. Los incentivos también se usan para fomentar lo que, en el capítulo anterior sobre el Poder, he denominado las funciones que el Estado delega en los médicos y que no necesariamente constituyen una atención a la enfermedad.

La incapacidad laboral transitoria, por ejemplo, es un trámite administrativo, 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 como peritaje, sino dentro del capítulo de las órdenes médicas o prescripciones: reposo, aislamiento o una forma de cuarentena, etc., prescripciones que, al mismo tiempo, suponen una prestación social. Esta actividad del médico como cancerbero 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 de sobrevivir económicamente a la enfermedad e, incluso, de transitar hacia una nueva economía gracias a la incapacidad laboral parcial, total o definitiva.

Como ya he apuntado anteriormente, el documento de la *Plataforma 10 minuts* (87) plantea el tema de los incentivos confeccionados por el Instituto Catalán de la Salud en 2007, entre los cuales estaba incentivar con una remuneración extra un menor número de incapacidades laborales transitorias durante ese período y acortar 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 el médico de familia recibe delegada desde distintos niveles: el Estado, el hospital o el médico especialista. Esta actividad del médico necesita una formación específica y también un seguimiento independiente. El carácter económico de la prestación social es evidente que puede perturbar la RMP. Los autores del documento denominan *maleficencia estadística* el castigo que sufren algunos profesionales que firman muchas incapacidades laborales transitorias sin que el auditor tenga en cuenta la población que atienden ya que los compara con “una curva de normalidad”.

Si se toman en consideración los incentivos cuya finalidad es el ahorro en 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 monetaria de la prescripción. En este caso, la visión negativa del paciente aumenta debido a multitud de factores, que influirán negativamente en la RMP:

- I. La publicidad que solo refuerza los aspectos positivos de la medicación y oculta sus efectos secundarios,
- II. la presunción de que va a funcionar porque se probó en otro y tuvo éxito,
- III. un nivel de evidencia científica escaso, que es un concepto generalmente opaco para el lego, pero que justifica la aprobación o el rechazo de un tratamiento medicamentoso,
- IV. terapia experimental y no extrapolable a cualquier situación clínica,
- V. de dudosa eficacia,
- VI. el consumo de recursos dinerarios o de personal (con lo cual el paciente puede atribuir la denegación al coste), o barata (interpretado como sinónimo de sin valor).

Surgen, además, efectos adversos que deben ser contemplados aquí. Por una parte, el incentivo no debe ser un sustituto 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 nace de la tentación de prescribir en función de la incentivación y no pensando en el paciente. Evidentemente, en estos casos se atenta contra la RMP porque menoscaba la confianza o porque no sitúa al paciente como prioridad.

El tipo de objetivo a alcanzar, la situación clínica que se incentiva, cómo se recogen 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 efecto perverso más 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 seleccionar el grupo de pacientes disciplinados que siguen los tratamientos y hacen ejercicio y cuya diabetes es de fácil control. Es decir, se consigue a costa de que un grupo de diabéticos de control difícil y, por lo tanto, con mayor necesidad de atención, tenga menos oportunidades de recibir atención de calidad. Siguiendo con el ejemplo de un paciente diabético, con Diabetes mellitus e Hipertensión arterial, el control de la tensión arterial adquiere gran

importancia porque las consecuencias de la hipertensión son más graves en los diabéticos que en los que son solamente 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 que el del paciente que no lo es. Este ejemplo pretende ilustrar, además, la complejidad de establecer unos incentivos equitativos no solo para el profesional sino que también para el paciente a fin de que no contribuyan a discriminar a los pacientes más complejos, más difíciles o más antipáticos, desagradables o incumplidores (206). Frank Eijkenaar en un artículo publicado en 2103 en el *European Journal of Health Economics* describe numerosos ejemplos de este tipo de efecto perversos de los incentivos (215).

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 incorrectamente desincentivan o producen perversiones en el funcionamiento normal de las empresas y, por tanto, tienen un efecto negativo y perverso sobre la práctica sanitaria.

Desde un punto de vista ético, los incentivos pueden ser moral y económicamente adecuados o inadecuados. Una primera cualidad exigible es la transparencia, o sea, el conocimiento del paciente de la existencia de esos incentivos, 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, DOG) o en los Presupuestos (referencia al *Quality Outcomes Framework* del Reino Unido, ver más adelante) aunque la publicación en diarios oficiales no los hace necesariamente transparentes sino solo accesibles. Por otra parte, la transparencia no implica que se hayan elaborado con la participación de los interesados: invitar a los profesionales en su elaboración es interesante porque promueve la cultura de la participación y de la corresponsabilidad. El público ha de recibir la información sobre los incentivos como un arma para conseguir eficiencia y eficacia, que beneficia a los pacientes, y no como el privilegio de unos profesionales. Por otra parte, conviene 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.

Así como los incentivos son un estímulo con el fin de elevar la producción y mejorar el rendimiento o la calidad, los regalos son muestras de agradecimiento que surgen cuando se establece una RMP satisfactoria de modo tal 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 regalos, 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 hemos dicho, tienen como objetivo final la modificación de la conducta profesional del médico. De ahí que puedan suscitar dudas éticas.

Habitualmente se incentiva por:

- a. La reducción en la utilización de ciertos servicios: por el coste elevado, por la disponibilidad escasa, por evitar listas de espera generadoras de ansiedad y de sensación de desatención, porque existen otras alternativas o porque la relación coste/ beneficio es desfavorable. Por ejemplo, por reducir el número de algunas exploraciones de diagnóstico por la imagen como la RNM⁴⁹ o el PET cuyo coste es elevado y la mayoría se concentran en las ciudades.
- b. La modificación de la prescripción farmacéutica y las exploraciones complementarias.
- c. La adopción de los “Procesos recomendados de programas” y premiar los resultados obtenidos tras su aplicación. Estos objetivos, que se encuadran dentro de los programas de 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 de la participación activa de los pacientes además del médico. Son muy interesantes ya que 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 el uso 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 a) y b) y, por ello, no se conocen los resultados a largo plazo.
- d. La financiación de las curvas de aprendizaje.
- e. La actualización de conocimientos.

Los incentivos que mayor éxito consiguen son los dirigidos a procedimientos sanitarios menores (por ejemplo: ahorro en análisis, pruebas de imagen, uso de medicamentos genéricos) (211). En cambio, los que pretenden actuar sobre los resultados (diagnóstico, tratamiento) o sobre problemas complejos consiguen peores resultados.

Más allá de la compensación al 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 más arriba son monetarios o financieros, son motivadores externos, es decir, ejercen una 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 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 a través de la comparación entre diferentes hospitales o entre 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,

⁴⁹ RNM: Resonancia nuclear magnética. PET: Tomografía por emisión de positrones

traslados a otros centros, mortalidad asociada a los procedimientos, etc.). Una dificultad añadida de la publicación de resultados es que precisa un sistema de recogida de datos lo más exacto posible para reflejar la realidad y, también, para evitar los sesgos o las trampas. Bryan G. Maxwell *et al.* publicaron en 2014 (214) un estudio retrospectivo que recoge datos de los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca mayor, entre 2005 y 2009, y observan que el día 30 de postoperatorio se incrementa abruptamente la mortalidad. La hipótesis que lanzan los autores es que el aumento de la mortalidad después del día 30 es debido a que los estudios de calidad consideran la mortalidad solo hasta los 30 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 cumplido el plazo de observación.

Robert A. Berenson y Thomas Rice publicaron un artículo en 2016, en la revista *Health Service Research* (212) 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 una motivación muy potente es la 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 cometidos⁵⁰, la realimentación del profesional con los resultados y la comparación con sus pares son estímulos de mejora. Por tanto, se demuestra (214). que existen métodos no económicos y muy potentes de estímulo profesional, como, por ejemplo, en Cataluña, el programa VINCAT⁵¹.

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:

- a. 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.
- b. El imperativo tecnológico que condiciona al profesional: “*Dar al paciente lo mejor*”, tecnológicamente hablando, siempre dentro del estado del arte de la Medicina.
- c. La medicina defensiva y la medicina de complacencia que, muchas veces, se practican para acumular argumentos en caso de demanda judicial.
- d. La investigación que publica los resultados enfatizando sobre todo los positivos.
- e. 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.

⁵⁰ Ver Documento de la *Plataforma 10 minuts*, referencia 87 y la respuesta de la Comisión Deontológica 87

⁵¹ *Vigilància Infecció Nosocomial a Catalunya*.

5.2. 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 anteriormente era la base de la regulación.

Desde el 2003, para calcular la retribución de los médicos, se usan un grupo de elementos basados en los méritos personales, que se van actualizando por períodos variables de tiempo, según el catálogo de méritos establecido en la institución, y consigue que el esfuerzo en la mejora profesional reciba una recompensa doble: la puesta al día económica y el reconocimiento de la autoridad profesional.

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

- a. La apreciación del gestor sobre el compromiso con la empresa del profesional, y
- b. La consecución anual de resultados.

El grupo a) es el que más cerca está de la injerencia empresarial o institucional en el trabajo del médico ya que es el responsable del servicio el que 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:

- a. Un grupo de parámetros objetivos pero, sin embargo, no necesariamente 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, la *satisfacción* de los pacientes a través de las reclamaciones o de las encuestas. Estos parámetros no suelen ser pactados con los profesionales (87).
- b. Y otros 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, de guías clínicas, etc.

La carrera profesional es una mezcla, pues, de reconocimiento económico de la trayectoria profesional y del trabajo en la empresa, constituye un sistema incentivador que se mantiene útil a largo plazo, siempre que sea fiel a la valoración objetiva de los méritos y esté diseñada y gestionada por los propios profesionales (205).

5.3. Complementos de retribución variable

El segundo pilar de los incentivos son los complementos de retribución variable (209). 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 aumento sustancial de la calidad global y, además, es difícil deslindarlo del aumento de calidad atribuible al resto de profesionales y al entorno. Sin embargo, junto a los efectos sobre la calidad, aparecen otros no deseados como ocurrió con el QOF del Reino Unido⁵², por ejemplo, donde incentivaron la

⁵² Ver apartado 5.3.2. de la Segunda Parte.

accesibilidad y, como efecto indeseado, se produjo una pérdida en la *continuidad* asistencial. Para que esto no ocurra se deben aplicar correctores.

Este tipo de incentivos de retribución variable contempla varios parámetros:

- a. La periodicidad, que suele ser anual.
- b. La evaluación, para la que se utilizan, principalmente, cuatro grupos de indicadores:
 - I. La calidad asistencial, que usa datos obtenidos de la historia clínica informatizada. Por ejemplo: cuando 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.
 - II. El perfil de la prescripción farmacológica que, a su vez, considera la calidad de la prescripción y la relaciona con el dinero facturado. La prescripción farmacológica es uno de las partidas presupuestarias que más ahorro ha conseguido.
 - III. El perfil de las solicitudes de exploraciones complementarias como, por ejemplo, las pruebas de imagen.
 - IV. 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.
- c. La adaptación de los complementos de retribución variable dependen del tipo de centro sanitario donde 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.
- d. La oportunidad de la promoción de una práctica determinada, la periodicidad de revisión y el rango estadístico. Por ejemplo, ligar el complemento a la vacunación infantil teniendo en cuenta las variaciones en la tasa de vacunados: si disminuye la tasa, 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 decrezca de nuevo.
- e. 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 acerca los objetivos a quienes los han de lograr.
- f. La cuantía del complemento debe estar fijada anticipadamente a su aplicación y ha de estar proporcional al salario y al esfuerzo para que no desvirtúen la labor del profesional.
- g. El período de aplicación del complemento debe establecerse previamente 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 más arriba, los regalos son graciables y no tienen por qué ser justos.

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

5.3.1. 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 Instituto Catalán de la Salud junto con la respuesta de la Comisión constituyen un caso paradigmático (87) 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 COMB⁵³.

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 Instituto Catalán de la Salud del año 2007. Los autores reconocen en el documento cuatro grupos de incentivos que les suscitan problemas de conciencia porque, en aras de conseguir el objetivo, fomentan prácticas profesionales contrarias a las normas deontológicas o promocionan la adulteración de los datos o de los resultados. Estos son los cuatro grupos de incentivos:

- a. Los que pueden perjudicar una buena práctica clínica: el incentivo sobre la accesibilidad cuando no tiene en cuenta la población asistida o la frecuentación, entendida como el número de veces que se ha utilizado un servicio médico. Este indicador puede generar:
 - I. un maquillaje de datos por parte de los gestores para atenuar las disparidades manifiestamente injustas,
 - II. medidas organizativas para que no se detecten diferencias,
 - III. una reducción del tiempo dedicado a cada visita sin tener en cuenta el tiempo real necesario,
- b. Los que no contribuyen a una buena relación asistencial:
 - I. medicación prescrita por otro profesional cuya responsabilidad de prescripción y seguimiento se delega o traslada al médico de familia:
 - II. en estos casos se generan tensiones entre el médico de familia y el otro profesional cuando no están de acuerdo, y
 - III. con el paciente cuando se intenta cambiar el tratamiento.
- c. Los que afectan a la toma ética de decisiones:
 - I. 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

⁵³ Véase:

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

de referencia, este incentivo no considera la idoneidad ni la calidad de la prescripción.

- II. 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 en base a la morbilidad de los pacientes o a la idoneidad de una prescripción alternativa.
 - III. Los precios de referencia son un indicador que prioriza la concentración de prescripciones sobre 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.
- d. La incapacidad laboral transitoria: la evaluación de este indicador es individual y grupal.
- I. A partir de una curva de normalidad expresada en percentiles, se evalúa el número y duración de las bajas laborales otorgadas por un médico.
 - II. La evaluación grupal no está bien definida.

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

- a. Si los médicos de Atención Primaria pueden asumir los indicadores de: Accesibilidad, Incapacidad Laboral, Gasto máximo asumible y Precios de referencia.
- b. En caso negativo, cuál ha de ser la conducta deontológica del médico de Atención Primaria ante esta cuestión.
- c. 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 año próximo, cuál será el amparo del Colegio Profesional.
- d. Cuál ha de ser la conducta del médico en relación a la medicación inducida (ver apartado anterior b.I.) 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 profesionales⁵⁴:

“...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 a la demanda, no puede haber equidad sin eficiencia; por lo tanto, ética y eficiencia son interdependientes. Es la ética del Bien Común”.

⁵⁴ Traducción propia.

La respuesta de la Comisión Deontológica a la consulta de la *Plataforma 10 minuts* (87) 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 sacarán unas conclusiones.

- a. Definición: La Comisión afirma que el complemento de retribución variable no es una norma de obligado cumplimiento y, por tanto, la adhesión y la aplicación son voluntarias y no tienen por qué ser universales: la adhesión o 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.
- b. 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:
 - I. Una pérdida económica,
 - II. Cuando el objetivo es grupal origina tensiones entre los profesionales,
 - III. Cuando la auditoria evaluadora no es neutral y transparente, se genera desconfianza y tensión entre los profesionales.
- c. 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:
 - I. Sobre el profesional ya que a cambio obtiene una retribución y,
 - II. 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.
- d. Cumplimiento del objetivo:
 - I. 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) 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”). E igualmente, ante el cumplimiento del objetivo, se premia por igual a quien se deja llevar y a quien lo cree firmemente.
 - II. Al no hacer la Comisión una distinción ética, en los incentivos de aplicación grupal, los que no cumplen castigan a los que cumplen y éstos generan ingresos extras a aquéllos. En consecuencia generaran tensiones entre profesionales.
- e. 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.
- f. Evaluación y confección: Atendiendo a las implicaciones retributivas, ambos, el marco de aplicación y el de evaluación, deben ser de una legitimidad incuestionable. Los objetivos deben confeccionarse mediante acuerdo entre la gestión y los trabajadores, según la Comisión.

- g. Incentivos: La accesibilidad a la asistencia sanitaria es de capital importancia porque se refiere a la facilidad para franquear la puerta de la atención sanitaria.
- I. En el caso de la incapacidad laboral, la respuesta de la Comisión plantea que condicionar el número y 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 RMP.
 - II. Pero lo realmente sorprendente es que la respuesta de la Comisión incluye la frase: *És clar que el malalt no té perquè saber de l'existència d'aquest objectiu*⁵⁵.
 - III. 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, además que, como se sabe, los incentivos son un elemento de presión, pretenden modificar la conducta del profesional y los hábitos de prescripción o de diagnóstico.
- h. Necesidad de establecer un marco ético: El documento de respuesta atina al plantear que se hace 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 debería considerar si los médicos (o la sociedad) se deben conformar con una ética de mínimos.
- i. Y por último, la respuesta acierta al darse cuenta de que los incentivos no han de ser simplemente los dinerarios puesto que el tiempo sabático, el prestigio o la autoridad profesional constituyen también incentivos.

Una vez analizada la respuesta de la Comisión, se pueden extraer una serie de conclusiones, una de ellas, de hondo calado es que, con la respuesta de la Comisión afirmando 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 objetivo incentivable 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 de la calidad asistencial, el médico debe contribuir en la administración de recursos y en la equidad, aunque no esté en su mano administrar el ahorro de recursos que genera ni participar directamente 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 a) no cuestiona los objetivos del incentivo y b) la participación de los gestores y de los profesionales en la confección del programa de incentivos no garantiza la calidad de los objetivos.

⁵⁵ “Está claro que el enfermo no tiene por qué saber de la existencia de este objetivo” (traducción propia).

En la Primera Parte se ha planteado el dilema *continuidad*-accesibilidad (35) y (36) y está claro que, a través de los complementos de retribución variable, el *Institut Català de la Salut* ha optado por la accesibilidad en detrimento de la *continuidad*⁵⁶. 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 solamente 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 dan 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 o 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. 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 a no ser que se estén financiando las horas extras como si fueran complementos de retribución variable.

5.3.2. 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 denomina *dominios*. Cada una de ellas se subdivide en diferentes subáreas que puntúan a través de indicadores específicos. El número de *dominios* ha cambiado desde la puesta en funcionamiento del programa así como el número de subáreas y, en consecuencia, los puntos totales que se pueden obtener. Al principio el máximo eran 1.000 puntos y en la última revisión de marzo 2016 el máximo ha quedado en 559. El programa se ha ido revisando a lo largo de sus 12 años de vida pero en la actualidad está en crisis (207) y se buscan alternativas como los círculos de calidad que se están probando en Escocia⁵⁷.

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

- a. Dominio clínico, con 96 indicadores, distribuidos en 22 subáreas clínicas (ejemplos: HTA, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca) y que proporciona un máximo de 669 puntos. Los indicadores suministran información sobre la atención a la salud de los pacientes.
- b. 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 productividad; gestión de la práctica clínica y de los fármacos. Proporciona un máximo de 254 puntos.

⁵⁶ Todo paciente que necesita atención médica podrá recibirla pero no se le garantiza que pueda atenderlo siempre el mismo profesional.

⁵⁷ 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.

- c. Experiencia con los pacientes, con un indicador relacionado con la duración de las consultas. Proporciona un máximo de 33 puntos
- d. Servicios adicionales, con 9 indicadores, distribuidos en 4 subáreas: despistaje del cáncer cervical, vigilancia de la salud infantil; servicios a la maternidad; 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: número de dominios es 3 y el de indicadores es 81.

- a. 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.
- b. Salud Pública: en el dominio se han incluido 4 áreas que generan 7 indicadores. Se promueve la actividad preventiva: presión arterial, enfermedad cardiovascular, obesidad (mayores de 16 años), fumadores (mayores de 15 años). El máximo de puntos generado es 97.
- c. 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 con arreglo a un grupo de enfermedades crónicas, a la medicina preventiva, los cuidados intermedios como el control de la tensión arterial o la vigilancia del pie diabético o los cuidados paliativos, entre otras muchas. La elección de esas enfermedades y no otras, de esas actividades preventivas o de indicadores de tratamiento se realiza porque son comunes, relevantes clínicamente o por su interés para la salud pública. Compara, además, la actividad de un profesional con el resto de 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 paulatinamente desde su implantación. Algunos desajustes persisten, el programa beneficia a las consultas con mayor actividad, castiga a las que tienen menos actividad y representa una carga administrativa elevada. El QOF ha introducido tres innovaciones importantes: a) ha mejorado la recogida de datos, b) la información sobre calidad asistencial se divulga públicamente y puede llegar a todos los que poseen los medios técnicos y culturales para entenderla y c) ha introducido el pago por resultados a gran escala, de hecho, el mayor del mundo. (207)

El portal web⁵⁸ 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.

⁵⁸ Véase: <http://www.qof.hscic.gov.uk/search/> (Consultado el 20-06-2017)

El programa es transparente ya que expone la puntuación de los médicos que participan en él y es accesible a través del sitio de internet 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 da acceso 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: a) acceso al repertorio de diagnósticos que trata el profesional, b) evaluación de la actividad de la consulta, c) relaciona estos datos con otros de referencia local o nacional, y d) conserva la memoria 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:

- a. Aceleró la modernización de las consultas médicas porque obligó a informatizarlas (para poder recabar la información),
- b. Obligó a homogeneizar la recogida de datos aunque supuso un incremento del gasto de administración por aumentar el personal administrativo de la consulta para llevar a cabo las tareas a que exige el programa,
- c. Se crearon herramientas informáticas específicas para el seguimiento de los pacientes.
- d. Significó 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.
- e. Ha constituido una mejora importante de la retribución de los médicos ya que puede incrementarla hasta en un 20%.

El programa se ha mantenido vivo y dinámico ya que se han retirado algunos indicadores por falta de seguimiento o porque la implementación constituía un problema y se han introducido otros distintos.

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

- a. Ejerce de contrapeso ya que proporciona información al paciente para escoger al profesional⁵⁹.
- b. 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 crece debido al envejecimiento de la población y al aumento de supervivencia a enfermedades antes mortales, como, por ejemplo, algunos tipos de cáncer.

⁵⁹ Ver apartado 2 de la Segunda Parte: El contrapeso al poder de los médicos.

En 2016, en paralelo y para explicar la crisis del programa, se han publicado diversos artículos que analizan los años de funcionamiento. En el *British Medical Journal*, Martin Roland y Bruce Guthrie (2017) publican un artículo que analiza el programa. Los autores se preguntan cuatro aspectos relacionados entre sí:

- a. Si el QOF ha mejorado la calidad asistencial,
- b. si ha tenido un efecto perverso y ha invitado a los médicos a hacer trampa para percibir una remuneración mayor,
- c. qué ha funcionado mal en el programa para que se esté optando por abandonarlo, y
- d. cuál es el camino a seguir a partir de ahora.

El programa nació porque se conjuntaron la necesidad de actualizar los sueldos de los médicos de cabecera con el cambio de actitud gubernamental sobre el pago por resultados o dicho de otra forma, 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 hizo 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:

- a. Indicadores sobre la organización: historia clínica, información al paciente, educación y formación, gestión de la consulta y de los tratamientos.
- b. El análisis de la *experiencia* de los pacientes a través de encuestas y ofreciendo visitas de, por lo menos, 10 minutos.

La primera enseñanza del programa se refiere al coste administrativo para poner en marcha el programa y mantenerlo al día ya que implica la recogida y 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, consecuentemente, 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. La calidad tiene un coste.

La introducción de un apartado que permitía la exclusión discrecional de ciertos pacientes por razones varias fue una de las medidas más solicitadas por los profesionales y, por lo tanto, una medida necesaria para asegurar su aceptación del programa. Pero esta causó recelo ya que podía verse como una puerta para engañar a los auditores y mantener un grupo de la población fuera del campo de auditoría sin que afectase a la consecución del objetivo y no castigase económicamente a la consulta. Pero a pesar del recelo inicial, la tasa de excepciones se ha mantenido estable alrededor del 5% y apenas ha variado a lo largo de los años.

Logros del programa QOF:

- a. La mejora de la calidad, observada después del arranque del programa, fue moderada debido a que ya existían programas de calidad previos, ya se auditaba las consultas y se evaluaba a los médicos.

- b. Desde el arranque 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.
- c. 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.
- d. Una consecuencia negativa del programa ha sido la dificultad de que el paciente sea asistido por el profesional de su elección dado que el foco de atención se situó en incentivar la accesibilidad por encima de la *continuidad*.
- e. 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:

- a. La más relevante es saber qué ocurrirá con la calidad asistencial cuando se retiren los incentivos dinerarios.
- b. Como el coste que ha representado el programa para el Reino Unido es de aproximadamente 1.000 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. Probablemente sea lo que está pasando.

5.3.3. 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 ambulatoriamente una o varias enfermedades crónicas y cobran una forma de capitación por la atención integral a esa enfermedad. Estos grupos son entidades legales, mayormente formadas por médicos de familia. La creación de estos grupos aporta 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 enfermedades. La colaboración entre los distintos proveedores deja de ser voluntaria ya que todos atienden a los pacientes enrolados en el 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 (229).

La primera experiencia con esta forma de pago se hizo con la Diabetes mellitus tipo II y posteriormente se ha incluido la atención a otras enfermedades crónicas como la EPOC⁶⁰. Esta modalidad de retribución no es propiamente un incentivo ni un pago por acto, 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

⁶⁰ Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

del control metabólico y de la vigilancia de las complicaciones mediante un programa cuyo estándar se ha establecido previamente entre todos los implicados (proveedores sanitarios, asociaciones de pacientes, sociedades científicas, etc.). Estos grupos perciben una retribución por los cuidados integrales que dispensarán y la negocia individualmente cada grupo con las aseguradoras médicas pero, luego, puede subcontratar los aspectos de la atención que crea conveniente con otros profesionales o dedicar parte de los recursos, por ejemplo, a 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:

- a. 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.
- b. Esta nueva organización rompe las barreras culturales 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.
- c. 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 gracias a lo cual también ha incidido en la transparencia de la actividad y de los cuidados.
- d. Como en el caso del QOF inglés se ha producido la mejora tecnológica de los despachos de los médicos y de la recolección de los datos.

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

- a. Conflictos de interés, ya que estos grupos de médicos de familia dominan el mercado, proveen 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 cual tiene consecuencias sobre el precio del servicio (posición dominante, por ejemplo) y con la posibilidad de seleccionar a los pacientes.
- b. Carga y complejidad administrativa y aumento de costes ligados a las nuevas tareas. La variabilidad de uso de los servicios.
- c. 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 quien trabajar.

- d. No está claro lo qué ocurre con otras enfermedades concomitantes. Son consultas casi monográficas pero en la población anciana la prevalencia de una subpoblación con patología múltiple es elevada y puede darse el caso de un paciente en más de un grupo, por ejemplo, Diabetes mellitus y EPOC con lo cual no está claro 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.
- e. Al no estar especificado quién ofrece la asistencia pueden darse situaciones discriminatorias, por ejemplo: enfermeras que tienen encomendado dar consejos dietéticos en lugar de contratar/ concertar con dietistas.
- f. 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:

- a. El control de la enfermedad crónica ya solía ser bueno antes de la introducción de esta nueva modalidad de pago,
- b. También está por ver si se desvían los gastos al exterior del Grupo lo cual puede maquillar los costes (223). 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; por otro. moderar el incremento de costes. Al centrarse en una enfermedad que afecta 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, mejorar la calidad de la asistencia. Como se ha indicado más arriba 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 Grupos (224) en el caso de los pacientes diabéticos:

- a. 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.
- b. Si una mayor implicación de los pacientes mejora la calidad y accesibilidad (si ésta es importante para el paciente) y colabora en la contención del coste.

Para contestar al interrogante sobre la implicación de los pacientes han utilizado una encuesta y encuadrado los resultados en una escala de cinco ítems 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. Los pacientes reciben 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 ser sobre proyectos específicos que les afectan o sobre sus propias experiencias.
3. Tercer escalón: la opinión. En este nivel no sólo se solicita la opinión del paciente sino que 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: Co-creación. 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 en 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 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 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 encuentran 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 muy activamente y de diversas maneras:

- a. A través de representantes de los pacientes con formación específica,
- b. compartiendo proyectos con las asociaciones de pacientes,
- c. creando consejos de clientes con los representantes de los pacientes,
- d. o, incluso, dentro del consejo directivo.

Los Grupos pueden emplear el dinero del presupuesto en lo que crean conveniente, incluida la formación de los pacientes para participar en él. No obstante, existen todavía pocos estudios que analicen esta forma de organización y pago por lo cual 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. Tampoco se ha encontrado descrito si la participación del paciente conllevará algún efecto indeseable ya que los pacientes también están sometidos a presiones externas para crearles expectativas⁶¹.

5.3.4. El ejemplo de Estados Unidos

En EEUU, 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, además, se proponen

⁶¹ Ver el capítulo sobre publicidad, sobrediagnóstico y sobretatamiento.

también mejorar la salud de la población. Son los *Accountable Care Organisations* (en adelante, ACO) estadounidenses y los *Clinical commissioning groups* británicos (en adelante, CCG). 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 solamente 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. Esta retribución puede usarse discrecionalmente: 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 británico y el estadounidense, los incentivos actúan como subvenciones para modernizar y actualizar las consultas, conseguir una mejor recogida 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: una, 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 usan como un sobresueldo o la reinvierten. Como en la experiencia holandesa, estos grupos están formados por médicos, la mayoría médicos de familia pero, en el caso norteamericano, también médicos especialistas y, en menor medida, médicos de hospital. Una encuesta llevada a cabo por Stephen M. Shortell *et al.* (227) publicada en 2014 muestra que un 40%, aproximadamente, de los médicos norteamericanos se han incorporado al grupo de los ACO y un 60% no y que no pensaban 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 Zollinger-Read comentan en un artículo publicado en *The Lancet* en 2012 (225) 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 EEUU e Inglaterra (226) con un comentario que ilustra bien por qué se llevan a cabo estas reformas y un dato de importancia es que no habla de *pacientes* sino que habla 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 restringidos⁶².”

En EEUU, a final de la pasada década, Donald Berwick (232) planteó que el sistema sanitario debía aceptar un triple reto para dar respuesta a un sistema sanitario de coste elevado, baja calidad

⁶² Traducción propia.

y malos resultados de salud, capaces de frustrar los esfuerzos de contención del gasto y de mejora de la calidad. El artículo comienza con dos ejemplos ilustradores:

- a. La insuficiencia cardíaca es la primera causa de ingreso en un hospital en EEUU. Después del alta reingresa un 40% dentro de los 90 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 es de frustración pese a los esfuerzos.
- b. EEUU es el país del mundo que más gasta en asistencia sanitaria per cápita pero ocupa el número 25 en mortalidad materna, el 26 en 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:

- a. Asistencia: mejorar la *experiencia* de la asistencia sanitaria.
- b. Salud: mejorar la salud de la población.
- c. 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 forma de retribuir la asistencia está la idea de que los incentivos financieros bien calibrados producen metas socialmente deseadas (230). 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, teóricamente se generará un ahorro que beneficie al proveedor.

Esta idea es muy interesante porque retoma viejos conceptos y los transforma en novedades: a) en la salud de la población intervienen aspectos no médicos, b) el estado de salud de una población no es lo mismo que, y no solo depende, del sistema sanitario y c) que 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 deben ir parejos la atención sanitaria, las políticas sociales de atención y la corrección del desequilibrio social. A título de ejemplo, la responsabilidad del transporte sanitario que garantice la accesibilidad a los cuidados; la solución a los problemas vinculados a la vivienda (viviendas insalubres, infraviviendas, etc.) que, como es notorio, 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 he 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, polución, adicciones al tabaco, alcohol o sustancias químicas, sedentarismo, estrés, medio ambiente, información en internet o en un soporte físico, etc.

El objetivo de la reforma de los ACO es recompensar financieramente a los proveedores sanitarios que se responsabilicen no sólo 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 en 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 indudablemente, ya que al hacerlo, se mejora la salud del individuo y de la población. La pregunta que surge es relativa a 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. Tanenbaum (230) 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 más arriba, Asistencia, Cuidado y Coste, es llevar los factores sociales al encuentro con el médico porque, si las causas de 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 va 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 este sea un resultado a largo plazo. Y hablar de estado de salud significa, también, hablar 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.

Primer ejemplo: El Hospital Adventista de Washington 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 creado 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.

Segundo ejemplo: El pago por atención integral, similar al ejemplo de la experiencia holandesa, retribuye un único episodio de cuidados de manera integral, con una única retribución, variable según el compromiso contractual, que incluye todos los servicios hasta 30, 60 ó 90 días después de la hospitalización. Esta retribución incluye la asistencia hospitalaria y la extrahospitalaria. Como el pago es único e integral, cuanto más eficiente sea la atención, menor será el gasto comparativamente y mayor será el ahorro (incentivo a compartir 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 el 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, simplemente, administra unos recursos y se supone que 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 desfavorablemente, y castigar al proveedor cuando, por ejemplo, el paciente necesita reingresar, hecho más probable cuando este última 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 mismo 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 pueden conseguir los incentivos más elevados.

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

5.4. 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 fuerte con el profesional, cuidados empáticos, *continuidad*, comunicación abierta y receptiva. El concepto clave es la *continuidad* pero no suele ser un valor incentivado, más bien se prima, como se ha ido viendo, la accesibilidad frente a la *continuidad*⁶³.

Los incentivos financieros 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.

Sobre la metodología que se ha usado para recabar la *experiencia* de los pacientes ya se ha hablado anteriormente al describir los estudios que usan encuestas para conocer las opiniones y experiencias de los usuarios de la sanidad. Los métodos más usados son las encuestas postales o 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 alcanzar significación y las narrativas de los pacientes son difíciles de homogeneizar y están sujetas a interpretación.

⁶³ Ver por ejemplo: el Plan nacional de incentivos del Reino Unido, QOF, y el documento de la *Plataforma 10 minuts*, 5.3.2. y 5.3.1. respectivamente.

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 ser en muchas direcciones. Todo lo cual 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 sanitaria (221) porque:

- a. La *experiencia* de los pacientes aporta datos y los contrapone a los de la organización. Los datos de los pacientes y cuidadores se suelen referir a la limpieza de los centros, la comida, el aparcamiento, el personal y, además, también permiten descubrir errores médicos, problemas con los servicios postalta o datos incorrectos de la historia clínica. Frente a ellos los datos que exhiben las instituciones suelen ser las clasificaciones numéricas, tipo *ranking*, como: “el primer centro porque la 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.
- b. La consideración de la *experiencia* del paciente supone darles poder y que ellos sientan cómo la asistencia les pertenece, por ejemplo, promoviendo que la información del cambio de turno de enfermería se desarrolle junto a la cabecera del paciente (222).
- c. Entre los profesionales promueve 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 incluyen la visión de que, aunque con limitaciones importantes, los pacientes son una parte de la solución.

5.5. La retirada 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. Al contrario, es escasa la bibliografía que evalúa qué ocurre al retirarlos, si se regresa a la situación inicial o persiste su efecto más allá del tiempo que dura el incentivo. De ahí que la retirada del programa QOF en el Reino Unido va a despejar una incógnita porque se desconoce qué ocurrirá, si dejan de llevarse a cabo o continúan por inercia o si, al incentivar, se han 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 financiero 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 *British Medical Journal* (208) sobre el efecto de los incentivos en 35 centros sanitarios de dicha Compañía. En el estudio describen y analizan el efecto del incentivo sobre el cumplimiento de los indicadores en el período 1997-2007 y lo que ocurrió al retirar dos de ellos (cribaje de la retinopatía diabética y del cáncer cervical). La retirada 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, creció de 84,9% a 88,1% y disminuyó hasta 80,5% cuatro años después de retirarlo) y de 1,6% por año en el caso del cáncer cervical (cuando se instauró, creció de 77,4 a 78% y decreció a 74,3% a los cinco años de retirarlo). Estos datos se deben tener en cuenta, pero el alcance real del efecto de la retirada 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* (210) los resultados de un estudio dirigido a mejorar la prescripción de la combinación de fármacos hemorrágaros 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, secundariamente, 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 número 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 que es una intervención más compleja que ofrecer, simplemente, un incentivo económico pero que, a pesar de eso, mantuvo su efecto por lo menos durante el primer año después de concluido el incentivo financiero.

5.6. Aspectos positivos de los incentivos

Los incentivos cumplen una función que podemos llamar positiva porque estimulan los cambios encaminados a mejorar la calidad de la asistencia al paciente y de la gestión (216). Los aspectos positivos se pueden desglosar desde diferentes perspectivas:

- a. Recompensar una manera de trabajar, acorde con los intereses de la institución y de la profesión cuando los profesionales participan en la confección de los objetivos a incentivar. Pero a estos incentivos solo se les atribuye aproximadamente un 5% de mejora.
- b. Permitir la financiación de la curva de aprendizaje y la innovación ya que una de sus funciones puede ser estimular la actualización de conocimientos.
- c. Mejorar la efectividad del cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas y también, el de las agudas, aunque este último con mayor dificultad.
- d. Promocionar objetivos clínicos o de gestión.
- e. Aumentar la *seguridad* de los pacientes.
- f. Promover y premiar una carrera profesional.
- g. Beneficiarse del efecto halo: tienen un efecto expansivo porque al ponerlos en práctica mejora la calidad no sólo del objetivo incentivado, sino también de otros relacionados. Y, además, este efecto también tiende a expandirse a otros grupos de pacientes tratados por el mismo profesional pero no incluidos dentro del programa de incentivos.

- h. 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.
- i. Introducir criterios de racionalización del gasto y de la asistencia.

Dentro de la retribución de los médicos la recompensa a la carrera profesional tiene 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, en prescribir más barato a través de la promoción de los medicamentos genéricos.

El complemento retributivo variable ha aportado, pues, cambios y mejoras en algunos de los productos finales de la RMP (en el diagnóstico, en el tratamiento y en 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 sean hábitos dirigidos por los gestores que dimanen de sus necesidades y no de las de los pacientes, consiguen mejoras objetivas siempre que:

- a. Su propósito sea mejorar la atención a los pacientes y se ajusten a sus necesidades,
- b. se pacten con los profesionales,
- c. estén conformes con los objetivos de la medicina y de la profesión médica, y
- d. 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 disminuir las listas de espera lo que es beneficioso para la salud de la población debido a que la demora en la atención retrasa el diagnóstico o el tratamiento. El retraso en el diagnóstico tiene consecuencias sobre la salud y la calidad de vida de un paciente y a la larga de toda la población e, igualmente, 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 igualmente importante para el bienestar del paciente, para disminuir el riesgo de lesión permanente y 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 enfermedades potencialmente graves como las litiasis sintomáticas evita morbilidad y mortalidad. No obstante, resulta fácil advertir cómo se puede pervertir el sistema: enlentecer 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, como veremos en un apartado posterior, otro peligro ligado a los incentivos reside en el sobrediagnóstico y el sobretratamiento⁶⁴.

⁶⁴ La presión sobre el médico: La Medicina Defensiva. Capítulo 8 de la Segunda Parte.

5.7. Aspectos negativos de los incentivos

El encuentro entre el médico y el paciente es donde todo ocurre. Una posible RMP ideal sería la que resultase de una elección libre y voluntaria de un médico competente, con el cual la comunicación es buena y fácil, con quien se empatiza, con *continuidad* de la RMP y sin conflicto de interés (90). 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 hace 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 HbA1C (Hemoglobina glicosilada) porque es un indicador de la media de la glicemia en las últimas semanas. Cuando este parámetro está aumentado, se afirma que el control glicémico del paciente es insuficiente y aumenta el riesgo de padecer las complicaciones 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 HbA1C. El incentivo ligado al seguimiento de esta enfermedad crónica suele considerarse alcanzado si se cumple el calendario de las visitas, más un buen control de la glicemia, es decir, una HbA1C dentro del rango.

Algunos pacientes, como se ha dicho, no consiguen un buen control de la diabetes a pesar de ser buenos cumplidores de las instrucciones médicas y debido a causas no bien determinadas. Otros, con aversión a las agujas, no aceptan el tratamiento con inyecciones de insulina y están obligados a tratamientos con más fármacos, algunos caros y sin genéricos, o introducidos recientemente en el mercado y con 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 profesional por el trabajo bien hecho 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 porque los pacientes necesitan mayor dedicación y se produce un mayor número de fracasos. La bibliografía referente al pago por resultados no demuestra claramente que con ello se consiga una mejora de la calidad ni que esta perdure, la mayor parte concluye que solo producen pequeñas mejoras y algunos artículos, al contrario, destacan los aspectos negativos sobre la práctica asistencial y la RMP (217, 218, 219). 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 reducir la mortalidad o la tasa de discapacidad (218) 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 disminución 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 retirarlos.

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

- a. Alimentar las listas de espera para generar trabajo fuera de horario,
- b. sobrediagnosticar y sobretratar,
- c. excluir a los pacientes o las actividades que puedan alterar los resultados y, así, disminuir la probabilidad de alcanzar los incentivos. El programa del Reino Unido QOF lo solucionó permitiendo que algunos pacientes más “complejos” no se incluyeran en el cómputo contabilizado
- d. 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, la adecuación del tratamiento).

El artículo de Amy J.H. Kind *et al.*, publicado en *Annals of Internal Medicine* en 2014 (219), añade un nuevo punto de vista: el socioeconómico. Los autores analizan si existe una relación entre el lugar de residencia del paciente con la tasa de rehospitalización antes de los de 30 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:

- a. La rehospitalización por neumonía, insuficiencia cardíaca o infarto agudo de miocardio, en un plazo inferior a 30 días, está penalizada por algunas compañías de seguros médicos.
- b. Vivir en un área desfavorecida es un predictor de rehospitalización igual de potente que presentar una enfermedad vascular periférica o una enfermedad pulmonar crónica.
- c. La probabilidad de rehospitalización no se relaciona con el hospital que trata al paciente sino con el lugar de residencia. Y que esta probabilidad va más allá de las circunstancias individuales de las familias.
- d. O se propician los trucos administrativos, como apuntan en la editorial del mismo número de la revista *Annals of Internal Medicine* (218), como:
 - Revisitar a los pacientes después del alta en los servicios de urgencias, lo cual no se contabiliza como una rehospitalización,
 - Mantener a los pacientes ingresados en áreas de observación de urgencias en lugar de hacerlo en las áreas de hospitalización, lo cual no cuenta como readmisión y, por lo tanto, no penaliza, pero necesita instalaciones y personal,
 - Si se dispone de unos servicios administrativos muy potentes se rellenarán exhaustivamente todos los formularios necesarios para conseguir el objetivo aunque no contribuyan en la mejora de la asistencia,
- e. Y, por último, la búsqueda de culpables dentro del equipo a los cuales se les achaca la responsabilidad de no haber alcanzado el objetivo del incentivo.

Así, los incentivos contribuyen a generar un bucle en el cual los hospitales que atienden a pacientes de las áreas socioeconómicamente deprimidas tienen más dificultades para alcanzar, mantener o evaluar ciertos estándares de calidad, y, por ello, dichos centros y sus profesionales,

no reciben los incentivos ligados a esos estándares y, en consecuencia, pierden recursos, independientemente del resto de la calidad de su trabajo.

Este bucle genera marginación y vulnerabilidad:

- a. 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.). 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, eligen ser atendidos en otros centros asistenciales con una mejor puntuación. Atienden a pacientes sin seguro médico lo cual dificulta obtener resultados que exigen *continuidad* en la asistencia (población migrante, por ejemplo). Dan asistencia a residencias de ancianos, es decir, a una población frágil, con múltiples enfermedades crónicas y proclives a la hospitalización.
- b. 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 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 que no está en manos ni de los médicos ni de los pacientes.

Existen otros efectos negativos de los incentivos, de índoles diferentes. La lista siguiente es una relación, probablemente no exhaustiva:

- a. 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 más arriba, se haya demostrado que el pago por resultados aumente la calidad de la asistencia (218).

Este aspecto negativo añade una nueva capa de vulnerabilidad a algunas poblaciones⁶⁵:

- I. Discriminación de género: acceso a los recursos anticonceptivos para las mujeres atendidas por organizaciones que objetan al uso de métodos anticonceptivos por motivos religiosos y cuya situación socioeconómica, cultural o geográfica no les permite buscar otro proveedor sanitario.
 - II. Poblaciones aisladas geográficamente o poblaciones con pocos recursos económicos o culturales.
- b. 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 asistencia es la que se acaba practicando, lo cual no es problema siempre y cuando el paciente esté en el centro de la atención y que las decisiones clínicas se ajusten a la evidencia científica. Para objetivar los incentivos se mide lo que interesa, pero pueden

⁶⁵ Ver apartado sobre la Confianza de la Primera Parte y el apartado anterior.

quedar al margen otros aspectos de la atención igualmente importantes que, en consecuencia, resultarán descuidados,

- c. La carga administrativa de estos programas favorece a los centros con más recursos ya que pueden dedicar más horas de trabajo a rellenar correcta y exhaustivamente los formularios que dan acceso al incentivo.
- d. 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.* (214) en el que observan que la mortalidad después de cirugía cardíaca se incrementaba a partir del día 30 del postoperatorio.
- e. 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 igual, lo cual solo es posible si existen las herramientas de gestión y los recursos informáticos necesarios.
- f. Atención al paciente “difícil”, es decir, al paciente que necesita una atención especial porque:
 - I. Acumula diferentes patologías,
 - II. presenta una personalidad peculiar o patológica,
 - III. padece enfermedades poco frecuentes o con especiales características,
 - IV. por problemas sociales añadidos o,
 - V. porque 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 repetidamente, ni el tiempo dedicado 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 sean más frequentadores de los servicios médicos, que peregrinen de una consulta a otra o que multipliquen las visitas a urgencias o los ingresos hospitalarios (88) ya que lo que estos pacientes necesitan es que el ejercicio profesional se centre en ellos (89) y no en la enfermedad o en el sistema.

La discriminación que sufren los pacientes pluripatológicos es múltiple (89):

- a. Incentivos que no buscan ni premian su atención.
- b. Rechazo y estigma por ser más frequentadores de los servicios médicos.
- c. Vulnerabilidad por las múltiples enfermedades, porque la pluripatología aumenta con la edad y porque suelen vivir en zonas deprimidas.
- d. Por la presencia de una enfermedad mental concomitante.

- e. 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, 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.
- f. Y por último, la 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 el punto de vista de los médicos y no incorpora el punto de vista del paciente.

La desmotivación del profesional es otro de los aspectos negativos de los incentivos (218). 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 tengan en consideración. 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 2011⁶⁶: “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, también, ser debidos a la elección de la actividad que se incentiva, por ejemplo, incentivación de procedimientos en lugar de resultados. Otra dificultad añadida a los incentivos es que conllevan más trabajo administrativo para recoger los datos que deben ser fidedignos y precisos.

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

No he encontrado descritos 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.

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:

- a. Creando comisiones de seguimiento de los incentivos en las que estén implicados los profesionales.
- b. Adaptando y acercando los complementos de retribución variables a los centros de atención al paciente de manera que respondan a la realidad y las necesidades del centro.
- c. No incentivando medidas de ahorro cuyas consecuencias no estén claras.
- d. Los incentivos se deben pensar en términos de *seguridad* clínica.

⁶⁶ Véase: https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf (consultado el 22-01-2016)

- e. La elaboración del catálogo de indicadores de la carrera profesional y de los complementos de retribución variables ha de ser transparente.
- f. Las alternativas a la incentivación financiera basadas en los valores profesionales (trabajo bien hecho, prestigio profesional y reconocimiento entre sus pares, realimentación y comparación de resultados.)

Table 2: Potential Advantages and Disadvantages of P4P and PR

<i>Type of Model</i>	<i>Description</i>	<i>Potential Advantages</i>	<i>Potential Disadvantages</i>
Pay-for-performance (P4P)	Pay physicians (or a health care team) based on achieving quality or volume targets	<ul style="list-style-type: none"> • Financially rewards high-quality health care • Demonstrates commitment to evidence-based health care • Transparent rewards process (at least to the providers, sometimes also to patients) • Can be used to focus attention on underserved or high-risk groups 	<ul style="list-style-type: none"> • Can distract providers from caring for nontargeted conditions • No consensus about optimal program strategy • Complex to set up, find, and agree on evidence-based quality measures • Effectiveness and cost-effectiveness unclear • Difficult to measure outcomes in complex cases • Has the potential to widen disparities
Public reporting (PR)	Release data about clinical performance to the public	<ul style="list-style-type: none"> • Can improve reputation, leading to both psychological rewards and/or financial benefit (either through more patient referrals or being able to command a higher price) • Demonstrates commitment to evidence-based health care • Transparent rewards process • Can be used to focus attention on underserved or high-risk groups 	<ul style="list-style-type: none"> • Can distract providers from caring for nontargeted conditions • Difficult to display a range of measures accessible to a lay public • Effectiveness unclear • Difficult to measure outcomes in complex cases • Has the potential to widen disparities • Uncertainty over whether the public or providers are the actual target audience

(Según referencia 213)

6. OTRAS FORMAS DE PRESIÓN ECONÓMICA SOBRE EL MÉDICO

6.1. Proveedores sanitarios externos

Otro capítulo relacionado con la retribución que perciben los médicos por su trabajo es la incentivación (entendida como mudar 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, vendedores de material sanitario, etc.) son empresas con ánimo de lucro. En los países como España, donde la sanidad pública es la mayor proveedora de servicios sanitarios a la población, el Estado, 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 interés del segundo está en consumir 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 la elección. 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 clase alguna por parte del vendedor. La prescripción de fármacos o la implantación de dispositivos tampoco deben ser objeto de incentivo, la indicación debe venir exclusivamente de las necesidades del paciente y, la elección del producto, se debe hacer 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 o de un dispositivo o de una prótesis. Aunque, a veces, la línea que limita la neutralidad moral sea sutil y aparentemente 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 marcar el comienzo de una pendiente resbaladiza y poner la confianza en entredicho. La regla debe ser que los incentivos económicos ligados a la prescripción de medicamentos o de dispositivos médicos se vincule 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 por el mayor interés del paciente en primer lugar.

En esos casos el incentivo institucional, de existir, 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 simplemente el aspecto económico. Ningún incentivo, del tipo que sea, económico o no económico, debería atentar contra los valores profesionales y debería incluir, necesariamente, una valoración del interés del paciente.

6.2. La venta de los perfiles de prescripción

En las farmacias, los médicos generan unos perfiles de prescripción que no son más que la relación de los medicamentos prescritos por él mismo. Pero esta lista posee un significado único y valioso, porque es un reflejo fiel de la actividad del médico, del tipo de pacientes y de las enfermedades que trata: así, un médico cuyas prescripciones principales son fármacos hipotensores, antidiabéticos, beta y alfa bloqueantes, 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 receta una 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 otros casos, 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 algunos lugares, por ejemplo en EEUU, se comercializan los perfiles de prescripción de los médicos a lo cual han tratado de oponerse algunos estados atendiendo a:

- a. La violación de la confidencialidad que representa poner al descubierto uno de los productos de la RMP, el tratamiento, y a partir de él inferir el diagnóstico.
- b. Del aumento del coste de la sanidad que representa asumir, en el precio del medicamento, las campañas de marketing, cuando por otro lado, se están llevando a cabo políticas de contención del gasto sanitario o cuando algunos enfermos 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 extractoras de datos, el Tribunal Supremo dictó que, en última instancia, la comercialización de la lista está protegida por la Primera enmienda de la Constitución norteamericana (91) 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 compra-venta, además de ser usados 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 anonimizados. Pero la neutralidad moral es solo aparente ya que, a la larga y con los recursos informáticos adecuados, se identifica a los pacientes por lo que, por un lado, se deja al descubierto la intimidad del paciente 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 consentimiento del paciente, sujeto de derechos inalienables.

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, en particular, para aquellos cuyas necesidades no están bien cubiertas por el estatus quo. La CHF trabaja para asegurar que la gente puede acceder a la asistencia que necesita, cuando lo necesita y a un precio que pueda permitirse⁶⁷.

Esta organización, en 2005, publicó el *National consumer health privacy survey 2005* (234) que es el informe de las respuestas a una encuesta llevada a cabo entre 2000 estadounidenses, de los cuales 1000 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.

- a. Entre los encuestados hay miembros de minorías étnicas y raciales, de los cuales 73% expresan preocupación.
- b. Hasta el 52% de los que contestan se muestran inquietos porque esos datos podrían llegar a los empresarios y limitar las oportunidades de un trabajo.
- c. Este miedo hace que 1 de cada 8 encuestados haya emprendido maniobras para proteger su intimidad como, por ejemplo, no usar los servicios del seguro médico para hacerse análisis de sangre o pedir al médico que suavice un diagnóstico.
- d. En cambio, 98% no ponen 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 sobre la confidencialidad de la historia clínica y del miedo a que sea divulgada la intimidad. Este informe no se ha vuelto a publicar pero sí han aparecido otros artículos que se refieren 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

⁶⁷ Véase: <http://www.chcf.org/about/financial-reports> (Consultado el 20-06-2017)

Individuals' perceptions of privacy and security of medical records, publicado en junio 2015 por *The Office of the National Coordinator for Health Information Technology* (301) de EEUU muestra los datos de las encuestas de 2012-2013 que recogen que 7 de cada 10 encuestados expresan inquietud por la custodia de la confidencialidad y por la *seguridad* y hasta el 13% de los encuestados ocultan información a su proveedor sanitario por temor a las brechas en la confidencialidad (301, 302). Los encuestados también se muestran preocupados por quién tiene acceso a sus datos cuando éstos se transmiten electrónicamente. Es importante subrayar que estos resultados no se traducen en cambio, en que los pacientes desconfíen 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 comentada sobre la intimidad y *confidencialidad*, encarecen el medicamento al añadir los costes de la comercialización (91, 92, 93, 185, 231). Y este aumento de costes lo sufraga, además, 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 las mismas, como pone de manifiesto el informe de Canadá en el que un porcentaje de encuestados respondió que no podía pagar el precio de algunos medicamentos (233).

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

En 2010 David Henry (236) de la Universidad de Toronto, escribió un editorial para la revista digital *PLoS Med* que es una publicación que se declara sin conflictos de interés. En el editorial comenta otro artículo publicado en el número de octubre de la misma revista (235) sobre la revisión hecha por varios autores de Australia, Canadá y Malaysia que analizan el efecto sobre la calidad, cantidad y 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:

- a. Generan prescripciones inadecuadas que pueden lesionar a los pacientes,
- b. 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,
- c. acarrear el uso de medicación innecesaria y cara, cuyo coste recae sobre el paciente, la aseguradora o el sistema sanitario,

- d. medicalizan la vida e, incluso, crean enfermedades a partir de variantes menos frecuentes de la normalidad⁶⁸,
- e. disminuyen el prestigio de los médicos a ojos del público y del estado, con lo cual se resta autoridad para la defensa de la salud de los pacientes, de la sociedad y de la profesión.

No obstante, se aduce que para los médicos esta relación con la industria puede ser valiosa ya que provee a los médicos de información científica y educativa y le reporta beneficios económicos. 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, pueden obtener muestras gratuitas de medicamentos para distribuir entre los pacientes que no puedan pagarlos (aunque ésta también sea una manera de fidelizar al paciente y a la larga de vender más), recibir regalos para la consulta: material de escritorio (bolígrafos, blocs de notas), equipamientos (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 obtiene beneficios económicos, beneficios por la financiación de la formación y de la actualización de conocimientos y beneficios laborales porque le proporciona oportunidades de trabajo como consultor, como experto o investigador. Pero, a cambio, el médico deja su formación en manos de otros, 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 lo que intentan contestar Geoffrey K. Spurling *et al.*, en un artículo realizado mediante una revisión bibliográfica (235) que incluye 58 trabajos publicados y cuyas conclusiones destaca D. Henry en el editorial de la recién citada revista. G.K. Spurling *et al.* en su artículo se enfrentan a dificultades metodológicas puesto que, por una parte, el rigor de los estudios incluidos en el análisis es bajo, a diferencia del rigor con que Spurling *et al.* llevan a cabo el suyo, y, por otra parte, a que la mayoría de estudios son observacionales. En el artículo consideran exposición al material promocional cualquiera de las siguientes: las visitas de los representantes de la empresa farmacéutica, la publicidad en las publicaciones periódicas, la asistencia a las reuniones patrocinadas, la información postal, el software para la prescripción o la participación en estudios patrocinados, y parten de dos premisas, que son:

- a. Las campañas de promoción de los productos farmacéuticos distribuyen la información con la finalidad de mejorar la prescripción, y
- b. La comparación de precios entre diferentes productos del mercado puede permitir ahorrar recursos o usarlos mejor.

Los autores encuentran, sin embargo, poca evidencia que apoye las premisas 1) y 2) y, en cambio, hallan mayor evidencia del aumento de los costes y disminución de la calidad de la prescripción. Por ello concluyen 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

⁶⁸ Ver apartado 7.1. de la Segunda Parte: La información y la publicidad dirigida al consumidor.

que constatan una mayor frecuencia de prescripción (más medicamentos prescritos), 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 esta posibilidad absolutamente. 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 medicamentos a los médicos es quién o cómo se financia la formación y la actualización de conocimientos de los mismos (167). 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 anteriormente, 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 notablemente 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 páginas dedicadas a las guías terapéuticas, a los protocolos y algoritmos de actuación como la *National Prescribing Service de Australia* o la *National Prescribing Center/ SIGN* del Reino Unido o las más generales de la *Haute Autorité de Santé* de Francia. Estas iniciativas de formación y actualización emprendidas por algunos gobiernos han ido acompañadas de algunas acciones 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, fundamentalmente: 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.

A los pacientes los beneficios que les aportan serán marginales y un producto más caro, teniendo en cuenta, como ya se ha visto, que la promoción es comercial, ensalza los valores del producto, no se basa necesariamente en la evidencia científica y el diseño de la campaña va dirigido a conseguir un mayor beneficio comercial (231). No se está cuestionando aquí que los medicamentos sean un elemento clave para el tratamiento de las enfermedades y que su introducción es capaz de cambiar el panorama de la enfermedad. El tratamiento del SIDA es un paradigma de como los medicamentos han convertido una enfermedad con una mortalidad del 100% en el plazo de meses, en una enfermedad crónica con una esperanza de vida que se va acercando a la de la población sin SIDA. 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 medicamentos es una de las causas que limitan los tratamientos o que condicionan los abandonos o los seguimientos erráticos (167)(233). En Canadá, en una encuesta nacional publicada en 2015, se halló que 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, afectando a unas provincias canadienses más que a otras: en Québec y Manitoba era del 19% de los encuestados y, en la Columbia Británica, el 29%. Es decir, que el coste de los medicamentos condiciona el acceso a los medicamentos 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.

Resumiendo, 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.

- a. Relacionados con el paciente: No centra la atención en el paciente y atenta contra su intimidad y contra la confidencialidad de sus datos personales.

Compromete doblemente la seguridad de los pacientes: En primer lugar porque promueve el cambio hacia 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 a largo plazo se desconoce.

Además, consideran a la salud un bien de consumo más en el mercado.

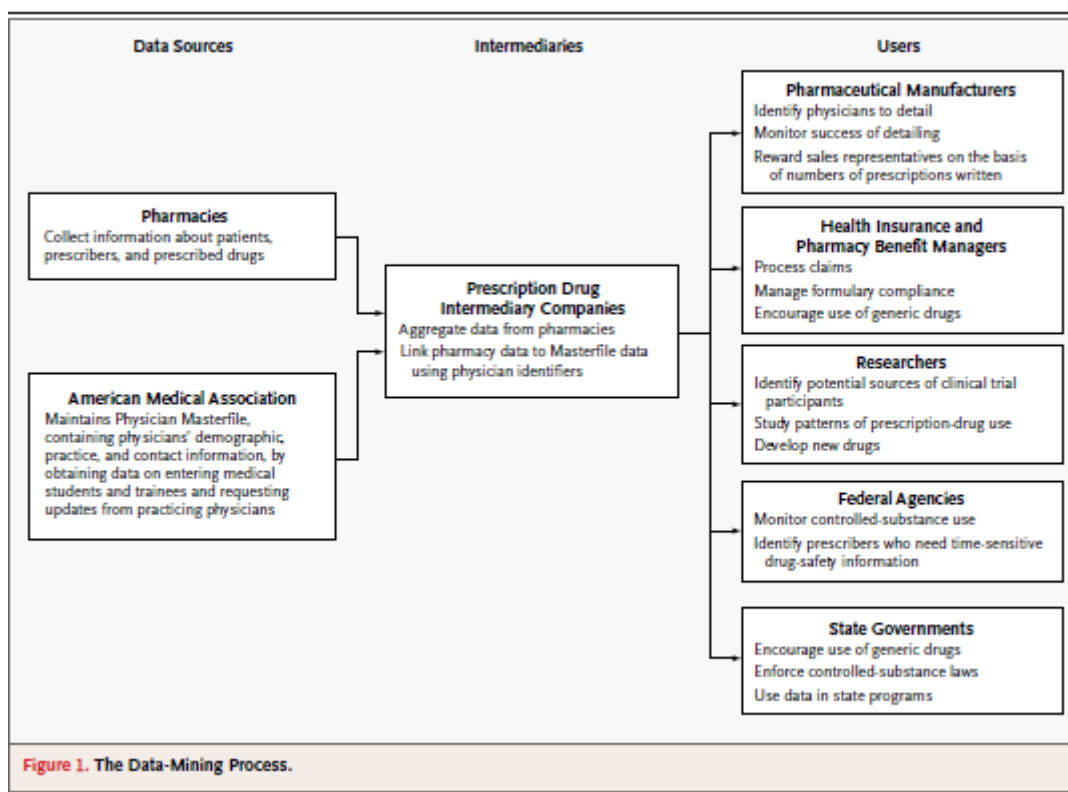
- b. Atenta contra la RMP porque pone en jaque la confianza del paciente hacia el médico y hacia el sistema sanitario cuando se conoce que la prescripción es fruto del marketing.

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

No atiende a la eficiencia porque los nuevos fármacos no suelen estar incluidos en las guías de tratamiento ni en los protocolos. En cambio, es conocido que el seguimiento de los mismos abaratan el coste de la asistencia porque preconizan el uso de medicamentos más baratos. En definitiva, la presión comercial acaba incrementando el coste de la sanidad.

La RMP necesita ser financiada, como ya se ha analizado en el capítulo anterior. En la financiación intervienen diversos factores, pero, en general, la mayor parte la aportan 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 convertirla en una relación comercial y el sobrecoste generado, como el mencionado de los perfiles de prescripción, han hecho que, desde las organizaciones profesionales, desde el poder legislativo y también desde la propia industria farmacéutica, se busquen medidas que palíen esos defectos:

- a. La *American Medical Association* (AMA) de EEUU, en cuyos archivos está 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 este registro puede inscribirse cualquier profesional aunque no sea miembro del AMA. El número de profesionales inscritos en él es comparativamente pequeño, probablemente 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, estableciéndose, así, 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 (Ver la tabla. *Figure 1: The Data-mining process*)



(Según la referencia 92)

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, dice:

“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.”

- b. Algunos estados de EEUU 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 (92, 93) y han llegado hasta el Tribunal Supremo. En su resolución el Tribunal considera que la información que se suministra en la visita médica es valiosa y tiene carácter educativo y que la confidencialidad sobre los datos de los pacientes debe ser preservada. Michelle M. Mello *et al.* autores del artículo del *The New England Journal of Medicine* (92) 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 sobre el 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 que considere nocivos para la salud pública. Como ya se ha comentado más arriba, este Tribunal de EEUU rechazó argumentos tan importantes como los del coste, el de la confidencialidad y el de la *seguridad* clínica amenazada por la prescripción de medicamentos mal conocidos dada su incorporación reciente a la práctica clínica e insistentemente publicitados, y, el Tribunal optó por considerar el concepto de rentabilidad en lugar de otros como el de la salud misma, puesto que, resolvió que deberían fomentarse vías alternativas que intenten convertir las prácticas comerciales en no rentables (92). Esta decisión del Tribunal Supremo, tal vez, promueva que los médicos decidan 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 EEUU, 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 5 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 es de acceso libre por internet⁶⁹.

En el núcleo de la PPSA está que una total transparencia en las relaciones entre los profesionales sanitarios y la industria podrían 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 por el número de profesionales implicados y, también, por los diferentes tipos de actuaciones financiadas por la industria. Los primeros informes han mostrado cierta confusión en la definición de cuáles son los actos que debían declararse lo que, debido a la falta de contextualización, dificulta la interpretación (99, 237). Estos problemas, si no son corregidos, pueden tener efectos negativos sobre 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.

⁶⁹ Véase: <https://openpaymentsdata.cms.gov/> (Consultado el 27-06-2017)

A este respecto, en su artículo Drikan Toroser y Kim Pepitone (99) aportan un ejemplo ilustrativo cuando advierten que no está claro cómo se debe inscribir 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. En los casos en los que el autor es el único responsable de sus opiniones tampoco queda claro cómo reflejarlo en el registro ni tampoco, en el caso de 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, exclusivamente, lo que se puede considerar honorarios del investigador (237). La falta de claridad de algunos aspectos puede alejar a los médicos clínicos de esas colaboraciones con la industria, colaboraciones 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 operando 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 los médicos 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 inadecuadas⁷⁰.

La publicación de los datos también depara sorpresas ya que la cuantía que perciben los profesionales es muy desigual. Por ejemplo, más de 40% de los pediatras estadounidenses recibieron alguna ayuda de la industria (182) que distribuyó aproximadamente 32 millones de dólares entre los médicos de la especialidad, pero la media de los pagos monetarios 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 ir a 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 sus finalidades últimas del registro, es saber si, realmente, la publicación de estos datos ayuda a los pacientes a para tomar decisiones. Evidentemente si la interpretación de los datos es compleja o la navegación por la página del registro es poco intuitiva y amigable, la mayoría del público no los consultará. No obstante, los datos solo se están publicando 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.

⁷⁰ Véase:

<http://www.redaccionmedica.com/opinion/el-codigo-de-farmaindustria-y-la-presion-de-los-laboratorios-4389> (Consultado el 27-06-2017)

- c. La industria farmacéutica contribuye generosamente en 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, dicho en un lenguaje llano, publicidad más o menos disfrazada y conseguir fidelizar a los médicos. Para prevenir las interpretaciones erróneas acerca de los incentivos a los médicos, la industria farmacéutica se ha comprometido a realizar una incentivación responsable. Este compromiso está plasmado 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 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 sanitarios 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 ⁷¹⁷².

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” (94) 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 los mismos 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 que ha percibido. La publicación de las transferencias de valor también afecta a las organizaciones sanitarias que prestan asistencia sanitaria, social, humanitaria, de

⁷¹ Véase: <http://transparency.efpia.eu/the-efpia-code-2> (Consultado el 27-06-2017)

⁷² (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 27-06-2017)

investigación docencia o formación. En 2015 los pagos declarados a los profesionales y las organizaciones ascendían a un valor de 207,5 millones de euros, de los cuales 99,5 millones en I+D.

Como ejemplo: La Compañía Grifols, en 2015, desembolsó en España, 9,5 millones de €, de los cuales 8,2 millones fue para 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 d) colaboraciones y patrocinios 346.172 €. ⁷³

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” (102) o como en el caso de Glaxosmithkline en China.

El 19 de septiembre de 2014 el diario El País, entre otros periódicos, publicó la noticia 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 medicamentos. La condena impuso una multa de 379 millones de € y penas de cárcel, de hasta de 3 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 ⁷⁴. Las nuevas preguntas que surgen frente a esta situación son cómo, desde el punto de vista de la contabilidad de la empresa, se considerará la multa, si será deducida de los beneficios, si considerará pérdidas y no tributará y cómo repercutirá, ese pago, en el precio de los medicamentos. Algunas de las respuestas a estas preguntas sugieren que la multa dejará de serlo, para pasar a ser financiada por los consumidores.

6.3. 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 relacionadas con un interés primario sean excesivamente influenciadas por un interés secundario” (101). 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. Esta definición reconoce y subraya la dificultad de separar el pensamiento 100% objetivo, y no sometido a más

⁷³ Véase:

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 28-06-2017)

⁷⁴ Véase:

www.sociedad.elpais.com/sociedad/2014/09/19/actualidad/1411133411_611044.html

(Consultado el 27-06-2017)

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 se ve subordinada a más de un interés: el 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 acuden a la mente pero no son los únicos, la promoción dentro de la organización, el prestigio profesional, el institucional o el académico constituyen otros tantos ejemplos (95, 238). Los CdI existen, son inevitables, deben ser tenidos en cuenta y se deben arbitrar las soluciones para evitar que interfieran en la toma de decisiones. La solución ha de contemplar una mezcla de requisitos:

- a. La transparencia: divulgación pública de las fuentes de financiación del grupo de expertos y de cada uno de ellos,
- b. la autocrítica y la crítica grupal, desvelando las fuentes de financiación y los sesgos que generan,
- c. la renuncia a esas fuentes de financiación o a esos cargos o la exclusión total o parcial de la toma de decisiones, e, incluso, el recurrir a auditores externos (como hace *The Cochrane Collaboration*) entre otras opciones (105, 111).

Los CdI no presuponen malicia por parte de los autores sino que simplemente 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 frente (95, 96, 238) para que no mengüe la confianza: a) en el profesional, b) en las organizaciones, c) en los proyectos de atención al paciente o d) de investigación (104, 105). Y esta política debe ser pública.

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

TABLE 3. A POSSIBLE MATRIX FOR CONSIDERING RISK PERCEPTION RELATED TO BOTH COMMERCIAL SPONSORSHIP AND MEMBER CONFLICTS OF INTEREST

		Commercial Sponsorship?	
		Yes	No
Conflicted Members?	Yes	Perceived risk: High Management: Prohibited	Perceived risk: Moderate Management: Balance of views Documentation of process
	No	Perceived risk: Moderate Management: Seek alternative funding	Perceived risk: Low Management: None Ideal

(Según referencia 105)

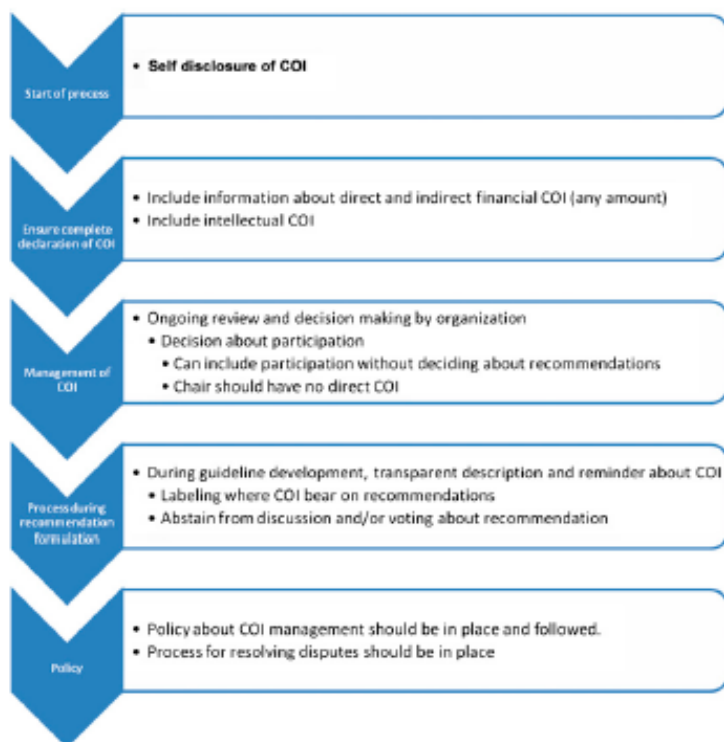


Figure 1. Steps for managing conflicts of interest.

(Según referencia 105)

Los intereses financieros ya se han comentado ampliamente en las páginas anteriores, mientras se trataban los temas de los honorarios, los salarios y los incentivos (105). Indudablemente constituyen una presión importante sobre los profesionales sanitarios y ocurren en cualquier marco relacionado con la salud tanto sobre un médico individual, un colectivo o una organización (96). La legislación que regula las subvenciones o las donaciones de la industria, las intervenciones de las organizaciones profesionales o los códigos de buenas prácticas de la industria son ejemplos sobre cómo se intentan prevenir los CdI⁷⁵.

También en las publicaciones científicas se hallan abundantes ejemplos de CdI. Algunas publicaciones, como el *British Medical Journal (BMJ)* aplica su propia definición de CdI que 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 sobre el trabajo que está realizando. Habitualmente es un interés financiero, pero puede ser también no financiero” (238). Esta publicación médica empezó requiriendo a los autores, previa a 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; posteriormente añadió un cuestionario más detallado que el autor debía rellenar; y a partir de 2015, progresivamente, los autores de artículos de educación clínica (editoriales, revisiones clínicas, casos prácticos, estado del arte, y las series sobre tratamientos) no deberán tener vínculos financieros con la industria. Aun aceptando que será más difícil encontrar expertos en algunos temas (como la obesidad o la reumatología, según

⁷⁵ Ver apartado 6.2. de la Segunda Parte sobre la venta de las listas de prescripción.

los ejemplos citados en la publicación), la revista se propone conseguir estar libre de ataduras interesadas y así:

- a. 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 3 medicamentos: rosiglitazona, rofecoxib y hidroxietil almidón. De los tres se detectó la toxicidad un tiempo largo después de su comercialización, lo que significa que la exposición de los pacientes a dichos medicamentos, previa a esa detección, había sido larga, pero, además, también se demoró la retirada posterior del mercado.

El artículo de Ray Moynihan en el *BMJ* (240) *Rosiglitazone, marketing, and medical science* constituye un buen ejemplo. GSK⁷⁶, fabricante del medicamento rosiglitazona, un hipoglucemiante oral, en plena batalla de meta-análisis 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 era 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 del este once de doce tenían importantes vínculos con la compañía. Evidentemente, cabe preguntarse si el juicio de dichos autores es realmente imparcial.

- b. El segundo objetivo de la revista es 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.
- c. Conseguir un cambio de cultura y promocionar y ofrecer visibilidad a los profesionales sin vínculos financieros con la industria.

Las normas para evitar los CdI en algunas revistas incluyen no sólo al autor, sino también a sus familiares directos: los autores que remiten manuscritos a la *American Academy of Family Physicians* deben rellenar un cuestionario que desvele sus relaciones o las de sus familiares próximos (padres, hermanos, cónyuge o hijos) con la industria, tanto financieras como intelectuales (escrito a propuesta de la industria o de un grupo patrocinado por ella, incorporación de material procedente de la misma o procedente de cursos de formación para vendedores) (239).

La razón que aducen la he comentado más arriba ya que 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 que esta medida puede dificultar 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 (238) y que se ganará en credibilidad.

Las publicaciones científicas forman parte de la actividad de los médicos puesto que constituyen una fuente de conocimiento e innovación, plasman el intercambio de conocimientos entre profesionales, son fruto de su trabajo y, al mismo tiempo, son fuente de prestigio y promoción profesional, además de proporcionarles ingresos económicos lo que, como se ha expuesto

⁷⁶ GSK: GlaxoSmithKline es una empresa farmacéutica británica.

anteriormente, origina CdI. Los editores de las publicaciones adoptan normas para evitar que los CdI de los autores resten credibilidad y desvirtúen la autoridad de la publicación (97, 100, 105). 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* (98) que, a su vez, ha sido refutada por tres de sus antiguos editores jefes (101) desde otra publicación no menos prestigiada, *BMJ*. El problema que se discute en todos los casos es el mismo: la presunta parcialidad del autor y, por tanto, de la tesis que defiende (105).

Los autores en el *BMJ* (101) aceptan la posibilidad 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 dicen los que van más lejos, cómo puede saberlo el propio autor. La simple duda sobre la imparcialidad de la opinión o del 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 toda esta acumulación de cargos se deduce la consecuente acumulación de intereses. El conflicto creado comienza en lo financiero y se prolonga hacia el 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 los estos determinan el trabajo de sus colegas, crean directrices y guías clínicas de atención sanitaria, ejercen, en suma, de legitimadores del conocimiento médico y generan una determinada aproximación al cuidado sanitario (104, 105, 106, 111). Por lo tanto, la validación del conocimiento que realizan los expertos afecta a sus colegas actuales pero, 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 supuestamente 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 debe dejar de ser fidedigna (106). 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 (119). La revelación de los intereses financieros del autor de un artículo no resuelve el problema de la parcialidad, aunque al autor le crea una falsa sensación de seguridad porque ha confesado al lector sus compromisos, descarga su conciencia porque constituye una prueba de transparencia y de honestidad, pero no cambia el sesgo de la información, posible, probable o cierto. Por tanto, a pesar de la transparencia el problema del sesgo persiste, la influencia sobre el profesional no se disuelve con la transparencia, ésta sólo 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 (101, 105, 107).

A partir de dos ejemplos que ya se han tratado con anterioridad se plantean problemas interesantes:

- a. 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, y
- b. 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 (100, 113):

- a. La imparcialidad como un problema de conciencia individual,
- b. la salud y la RMP como una mercancía sujeta a las leyes del mercado, abierta, pues, a la publicidad tanto de los productos farmacéuticos como de los profesionales,
- c. el paciente como un consumidor de mercancías sanitarias que como tal escoge y exige en base a sus preferencias que han cristalizado a partir de fuentes diversas, entre las cuales los mensajes de los profesionales sanitarios y la publicidad,
- d. y, por último, preguntarse si el liderazgo debe estar relacionado con: la calidad de experto, el mérito propio, la persona intachable, la más rica, etc. (100)

Estos problemas descubren la dimensión ideológica de la RMP y las implicaciones que tiene esa dimensión sobre la salud. Como apuntan Elisabeth Loder, Catherine Brizell y Fiona Godlee en la editorial del *British Medical Journal* (98) es muy difícil saber cuándo un autor es imparcial y, en consecuencia, fiel a los resultados de la evidencia científica. O, incluso, plantean que cabe preguntarse, a partir de la definición de conflicto de interés del *Institute of Medicine* citada por R. Steinbrook, JP. Kassirer Y M. Angell ex editores de *The New England Journal of Medicine* en el artículo del *British Medical Journal* (101), 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 de las decisiones tomadas, 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 caso, justamente porque se le considera un profesional sanitario experto, líder de opinión, se acepta como referencia para trazar la conducta adecuada ante un problema 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: a) La generación de conocimiento, y b) La evaluación de esa aportación concreta al conocimiento global porque el conflicto radica en la no separación, que es donde está el origen de 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 la salida al mercado de un medicamento deben ser los que aprueban la retirada de ese medicamento del mercado 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 cuestionan la organización de las agencias mismas (240).

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 porque se hizo de forma opaca: 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 vacunas (245), 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* (245).

6.4. 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 solamente a los médicos. Otros profesionales que participan en la atención de los pacientes, pero que no son médicos, 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 de Podología, también deberían seguir las recomendaciones de la medicina basada en la evidencia. Entendiendo, como ya se ha ido diciendo, la medicina basada en la evidencia 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, estos profesionales deberían ser conscientes del sesgo que introducen los conflictos de interés y, como en el caso de los médicos, debería regularse.

Al igual que los médicos, estos profesionales (farmacéuticos, enfermeras, nutricionistas, fisioterapeutas o podólogos) están en el punto de mira de la industria por su capacidad para prescribir o influir en la toma de decisiones sobre la prescripción (241, 242). El escrutinio al que son sometidos los médicos como ya he expuesto más arriba, son las recomendaciones de la propia profesión médica, las medidas legislativas y los códigos de buenas prácticas de la industria. En cambio, la mercadotecnia dirigida a estos profesionales no está sometida al mismo escrutinio que la dirigida a los médicos, pese a que la participación de los no médicos en el cuidado de los pacientes es muy activa y a veces, incluso nuclear, como, por ejemplo, el papel de los nutricionistas en el tratamiento de la diabetes gestacional o en los trastornos de la absorción (celiaquía, síndrome del intestino corto) o en la alternativa/sustitución de la lactancia, o, nuevo ejemplo, los especialistas en podología en la prevención y el tratamiento del pie diabético. Y, además, estos profesionales son considerados expertos, capaces, pues, de emitir recomendaciones terapéuticas o diagnósticas y, en consecuencia, de generar gasto.

Aaron M. Tejani *et al.* (112) se preguntaron cuál era la percepción de los farmacéuticos especialistas en farmacia hospitalaria de la Columbia Británica (Canadá) sobre la influencia de las interacciones con la industria, y publicaron el resultado de su investigación en *el Canadian Journal of Hospital Pharmacy*:

- a. 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 regalos (entradas para acontecimientos deportivos, desplazamientos, etc.). Al igual que en el caso de los médicos, las interacciones entre la industria y los farmacéuticos son frecuentes. Casi todos los encuestados reconocieron alguna interacción, a pesar de que no más de un tercio reconoció que la interacción condicionaba el comportamiento propio y el de sus colegas.
- b. Muchos de los participantes a 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 (48% sobre el total de encuestados), 22% se consideraron impermeables a las influencias, en cambio, sí pensaban que sus colegas no lo eran. Pero ninguno se consideró más susceptible que sus colegas de ser influido.

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 dejarse influir por ella, en general no lo consiguen. Es decir, que los humanos sobreestiman sus capacidades y subestiman las de los demás.

Los autores opinan que es necesario que las organizaciones profesionales tomen partido y recomienden, de manera inequívoca, si hay donaciones aceptables (algunas organizaciones de farmacéuticos hablan de que las donaciones personales son inaceptables.). La encuesta no analizó si la influencia era positiva, negativa o neutra, lo que puso en evidencia fue la capacidad de introducir un sesgo, y apunta: “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”.

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

Quin Grundy *et al.* (241) revisaron 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 la selección quedaron 15 estudios de 4 países diferentes (Burkina Faso, Estados Unidos, Nueva Zelanda y Reino Unido) de los que casi la mitad publicados en los últimos 5 años.

Los resultados de la revisión muestran que estos profesionales no médicos se reúnen regularmente con los representantes de la industria de los que dependen para la información práctica; a través de ellos conseguían formación patrocinada, regalos, honorarios, material de promoción o muestras gratuitas. El artículo pone el siguiente ejemplo sobre las leches infantiles sustitutivas de la leche materna: en los países en los que existe una ley que regula el uso de las muestras gratuitas la distribución de dichas muestras ha decrecido hasta ser insignificante, en cambio en los países donde no se ha legislado, como por ejemplo en EEUU en 2007, se siguen distribuyendo. En el ejemplo citado, en Massachusetts, EEUU, en 2007, se distribuían muestras gratuitas entre las madres lactantes y estas muestras podían ser de por lo menos dos tipos: las que se componían solo de leche materna y las que, junto con la leche, ofrecían también pañales, práctica totalmente desaconsejada por la OMS. El artículo también cita que la educación de las futuras madres, en el mismo año, en Glasgow (Reino Unido) y en África Occidental, incumplía las recomendaciones de la OMS sobre material informativo de los sustitutos de la leche materna. Asimismo, los profesionales que recibían las muestras actuaban como distribuidores de dicha información. Hasta el 49% de las *nurse practitioner* consideran estas actividades (recibir regalos, formación, etc.) como algo legítimo, ético, y muchos profesionales se veían capaces de detectar lo que es información de lo que es promoción. Además de la interrelación de los profesionales clínicos no médicos con la industria farmacéutica, los autores de este estudio destacan: el papel del personal de quirófano, sobre todo enfermería, en la elección y asesoría para comprar el material, ya que muchas veces ese personal es el usuario final de esos productos (monitorización, esterilización, etc.); la relación con los proveedores de material para las curas ya sea instrumental, apósitos o los nuevos dispositivos o, la interacción entre las empresas que ofrecen cuidados a los ancianos y enfermería. (ver la tabla 3, referencia 241)

Table 3. Reported frequencies of types of industry interactions.

Sample (Location) [Reference]	Type of Interaction				
	Representative Contact	Gifts/ Compensation	Meals	Samples	Education (Event) Education (Materials)
Nurses					
NPs (US) [25]	96% reported "regular" contact		49% reported attendance 1-5 times at lunch events, and 64% attendance 1-5 times at dinner events, in the past 6 mo	66%	96% in past 5 y
NPs (US) [35]		36%			
Family NPs (US) [34]		72% ^a		85% ^a	82% ^a
RNs (New Zealand) [27]	26% reported no contact; 51% responded "monthly or less"; 14% had contact ranging from 2-3 times monthly to 3 or more times per week	75%	55%		100%
Multidisciplinary					
MDs, PharmDs, NPs (US) [26]	Mean number of contacts 9 per month				
MDs, PAs, NPs (US) [39]				72%	
General practitioners, nurses, dietitians, midwives, other (UK) [29]	<5% reported having contact in past 6 mo	7%		<0.5%	21%
MDs, nurses, midwives (West Africa) [36]		12%		12% in past 6 mo	16%
RNs, lactation consultants, staff (US) [38]				86%	

^aRespondents indicating "sometimes, frequently or always."
doi:10.1371/journal.pmed.1001561.t003

(Según referencia 241)

La variedad de los estudios analizados y la falta de rigor metodológico limitan el alcance del estudio e impiden extraer conclusiones generales pero sí muestran la realidad de la interacción entre los clínicos no médicos y la industria y, asimismo, la necesidad de arbitrar esa relación, como se ha hecho con los médicos, para no dañar a los pacientes y contener los costes. La mayoría de estos profesionales no son conscientes de la presión a la que son sometidos por lo que ellos tampoco exigen una regulación por parte de sus colegios profesionales. Es necesario crear un marco donde estas prácticas no sean posibles. Pero, sin embargo, como se apuntaba en el apartado anterior, el objetivo de la presión es convertir los productos de la industria sanitaria en meros productos comerciales.

En el Reino Unido, desde 1995, en la vida pública se aplican los principios Nolan que establecen unos estándares de la conducta profesional y de la integridad de los funcionarios públicos⁷⁷.

⁷⁷ Véase: <https://www.gov.uk/government/publications/the-7-principles-of-public-life/the-7-principles-of-public-life--2> (Consultado el 27-06-2017)

Table 1 The Nolan principles of public life

Principle	Explanation
Selflessness	Holders of public office should act solely in terms of the public interest. They should not do so in order to gain financial or other benefits for themselves, their family or their friends
Integrity	Holders of public office should not place themselves under any financial or other obligation to outside individuals or organisations that might seek to influence them in the performance of their official duties
Objectivity	In carrying out public business, including making public appointments, awarding contracts, or recommending individuals for rewards and benefits, holders of public office should make choices on merit
Accountability	Holders of public office are accountable for their decisions and actions to the public and must submit themselves to whatever scrutiny is appropriate to their office
Openness	Holders of public office should be as open as possible about all the decisions and actions that they take. They should give reasons for their decisions and restrict information only when the wider public interest clearly demands
Honesty	Holders of public office have a duty to declare any private interests relating to their public duties and to take steps to resolve any conflicts arising in a way that protects the public interest
Leadership	Holders of public office should promote and support these principles by leadership and example

(Según referencia 243)

No obstante, desde 2012, han aparecido publicaciones (243) que ponen en entredicho el seguimiento de dichos principios por parte de algunos organismos gubernamentales del Reino Unido y, en consecuencia, de su imparcialidad y de la crisis de confianza que ello origina.

Alex Newton *et al.* se formularon la siguiente pregunta: “¿Cuán independientes de la influencia de la industria son los expertos académicos y cómo se manejan e identifican los potenciales conflictos de interés?”. Y trataron de hallar respuesta analizando los currículum vitae de los expertos que asesoran a cuatro organizaciones británicas. Los resultados se publicaron en un artículo en 2016 en la revista *BMC Public Health* (243).

Para contestarla los autores analizan cuatro organizaciones que están asesoradas por un grupo de expertos en nutrición y obesidad y que formulan las políticas públicas de su ámbito de actuación. Dos son organizaciones gubernamentales: a) el *Department of Health Obesity Review Group* que depende del Departamento de Salud, b) el *Scientific Advisory Committee on Nutrition*, el Comité Científico Asesor de Nutrición del Departamento de Salud de Inglaterra. Y los otros dos son organizaciones no-gubernamentales: c) *Action on Sugar* que realiza campañas de interés público de ámbito nacional y d) *Heart of Mensey* que es una organización no gubernamental independiente, sobre salud cardiovascular, de ámbito regional.

La relación de expertos asesores de cada una de esas organizaciones la obtienen los autores del sitio web de la organización y los conflictos de interés potenciales de las distintas webs de empleados de esas organizaciones y de redes sociales como *Linkedin*. Las declaraciones sobre los posibles conflictos las buscan en internet (*Google, Google Scholar*) y usan como fuentes las publicaciones científicas, las actas de los actos públicos y otros documentos accesibles.

La metodología del estudio es interesante porque crea dos clasificaciones: a) 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 b) la segunda para definir la actitud del organismo frente al conflicto de interés potencial.

- a. Los autores le 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 la misma). 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; los del 3 son consultores o accionistas de la industria.

- b. Los autores describen tres actitudes diferentes en estas organizaciones respecto a los conflictos de interés: ignorar que existen y no tenerlos en consideración, 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 varias posibilidades:

- En el *Department of Health Obesity Review Group* la información fue difícil de hallar: cuatro de los miembros son empleados de la industria, cinco son consultores de la industria y uno, accionista. Esa organización gubernamental ignora los conflictos de interés.
- 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 ser asesores de la industria y dos de los diecisiete reciben fondos de la misma 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.
- 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* declaran vínculos financieros con la industria, tres de los cuales con empresas farmacéuticas, dos eran ex-consultores 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 había declaración de conflictos de interés. Esta organización proclamaba su adherencia a los Principios Nolan.

El artículo es interesante porque muestra cómo los organismos gubernamentales que emiten informes que desencadenan actuaciones profesionales (243) aceptan entre su Comité de Expertos, a empleados y asesores de la industria de la alimentación (fabricantes de comida y bebida) y profesionales de empresas cuya negocio principal es hacer perder peso o la venta de alimentos, sin revelar cuál es el dintel de participación aceptado⁷⁸.

De ahí que surja la duda y la confusión sobre cuáles son los intereses que defienden esos *expertos* y la subsiguiente crisis de confianza. Como demuestra *Heart of Mersey*, la alternativa existe dado que es posible conseguir 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 *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

⁷⁸ Véase:

<https://www.gov.uk/government/groups/scientific-advisory-committee-on-nutrition#membership>
(Consultado el 30-06-2017)

autodeclaración por parte del profesional implicado, se basa, pues, en la confianza y en la capacidad para discernir el conflicto, en particular cuando no es financiero. Las definiciones de conflicto, sobre todo de los no financieros, pueden ser confusas a tenor de las diferentes perspectivas culturales (diferencias entre Europa y EEUU, transparencia de los conflictos 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.

Table 1. Summary of NICE COI Code of Practice as it relates to clinical guidelines.

Definition of types of COI
personal pecuniary interest involves a current (within the last 12 months) personal payment, which may either relate to the manufacturer or owner of a product or service being evaluated, in which case it is regarded as 'specific' or to the industry or sector from which the product or service comes, in which case it is regarded as 'non-specific'.
A non-personal pecuniary interest involves payment or other benefit that benefits a department or organisation for which an individual has managerial responsibility, but which is not received personally. This may either relate to the product or service being evaluated, in which case it is regarded as 'specific,' or to the manufacturer or owner of the product or service, but is unrelated to the matter under consideration, in which case it is regarded as 'non-specific'.
A personal non-pecuniary interest in a topic under consideration might include, but is not limited to: i) a clear opinion, reached as the conclusion of a research project, about the clinical and/or cost effectiveness of an intervention under review; ii) a public statement in which an individual covered by this Code has expressed a clear opinion about the matter under consideration, which could reasonably be interpreted as prejudicial to an objective interpretation of the evidence; iii) holding office in a professional organisation or advocacy group with a direct interest in the matter under consideration; iv) other reputational risks in relation to an intervention under review.
A personal family interest relates to the personal interests of a family member and involves a current payment to the family member of the employee or member. The interest may relate to the manufacturer or owner of a product or service being evaluated, in which case it is regarded as 'specific', or to the industry or sector from which the product or service comes, in which case it is regarded as 'non-specific'.
Declaration of COI The chair and members of the guideline development group (GDG) need to declare any COI on appointment to the GDG, annually and at each guideline development group meeting.
Action to be taken in response to COI:
At appointment to GDG The chair the GDG must divest him/herself from any personal pecuniary interest on appointment, or as soon as practicable afterwards.
At GDG meetings
Personal specific pecuniary interest: Declare and withdraw.
Personal non-specific pecuniary interest: Declare and participate (unless, exceptionally, the chair rules otherwise).
Personal family specific interest: Declare and withdraw.
Personal family non-specific interest: Declare and participate (unless, exceptionally, the chair of the advisory body rules otherwise).
Non-personal specific pecuniary interest: Declare and participate, unless the individual has personal knowledge of the intervention or matter either through his or her own work, or through direct supervision of other people's work. In either of these cases he or she should declare this interest and not take part in the proceedings except to answer questions.
Non-personal non-specific pecuniary interest: Declare and participate (unless, exceptionally, the chair of the advisory body rules otherwise).
Personal specific pecuniary interest: Declare and withdraw.
Personal non-specific pecuniary interest: Declare and participate (unless, exceptionally, the chair rules otherwise).
Personal specific non-pecuniary interest: Declare—action is at discretion of the chair.

doi:10.1371/journal.pone.0122313.t001

(Según la referencia 244)

Ya se ha hecho referencia a los tres aspectos que analizan Tanya Graham *et al.* en el citado artículo de 2015 (244): la autodeclaración, el reclutamiento de expertos y el manejo de los conflictos de interés.

- a. La autodeclaración se basa en la confianza en el profesional que conoce los estándares de la política de conflictos que ha sido previamente establecida. La publicación con acceso

abierto (libre) de los conflictos en un registro anual es una propuesta estadounidense que permite cotejar los datos autodeclarados con los del registro.

- b. Las políticas de los conflictos de interés pueden dificultar el reclutamiento de expertos ya que los que incurren en conflictos son excluidos y apartan a los expertos vinculados a la industria de la confección de las directrices. Ahora bien, como esta exclusión no siempre es beneficiosa se pueden plantear diferentes niveles de participación o evaluar la recompensa económica para que resulte atractiva la participación en los procesos de elaboración de directrices. Como apunta el artículo del *British Medical Journal* (238), es necesario conseguir un cambio de cultura y promocionar y ofrecer visibilidad a los profesionales sin vínculos financieros con la industria.
- c. La política de exclusiones relacionadas con los conflictos debe ser clara y preestablecida. Para evitar los conflictos de interés en la elaboración de las guías clínicas se han propuesto alternativas, como, por ejemplo, que sean confeccionadas por especialistas en metodología pero eso significaría excluir a los clínicos. Mantener a los médicos excluidos de 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.

La política de conflictos es necesaria pero no suficiente, necesita ser útil y aplicable y, la formación de los que la van a aplicar podría ser de gran ayuda.

6.5. 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 los cuales por lo menos 7 de cada 10 médicos habían recibido algún regalo de la industria (114, 115, 305). El objetivo de los regalos es , como se ha dicho, condicionar las decisiones de los médicos en la dirección sugerida por los productos promocionados y no necesariamente por la evidencia científica o por las decisiones centradas en los pacientes (109, 110, 111, 113). Los regalos son un producto de mercadotecnia (113) y tal como la define la 23ª 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 (108). Y, como se ha ido explicado, el recelo del paciente ante el médico o ante el sistema sanitario origina insatisfacción, disminuye la adherencia al tratamiento, se asocia al abandono de las recomendaciones del profesional lo que, en definitiva, redundará en un peor estado de salud (108).

La lista de los posibles regalos de la industria es larga y compleja de elaborar (114) y resulta muy ilustrador que el coste de dichos regalos en 2004 fuera superior a lo invertido en investigación (117). Desde 2014 en EEUU existe la obligación de publicar anualmente 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* (303). 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 demostrativo 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.

Table 1. Pharmaceutical Marketing Expenditures in the United States in 2004:
Data from IMS, CAM, and Our New Estimate

Type of Promotion	IMS (US\$ Billions)	CAM (US\$ Billions)	New Estimate (US\$ Billions)	Percent of Total of New Estimate
Samples	15.9	6.3	15.9 (IMS)	27.7
Detailing	7.3	20.4	20.4 (CAM)	35.5
DTCA (Data provided by CMR)	4	4	4 (CMR)	7
Meetings	nd	2	2 (CAM)	3.5
E-promotion, mailing, clinical trials	nd	0.3	0.3 (CAM)	0.5
Journal advertising	0.5	0.5	0.5 (CAM/IMS)	0.9
Unmonitored promotion (estimate ^a)	nd	14.4	14.4 (CAM)	25
Total	27.7	47.9	57.5	100

^aIncludes incomplete disclosure and omissions by surveyed physicians, promotion to unaudited physician categories, promotion in unmonitored journals, and could possibly include unethical forms of promotion funded out of the firms' marketing budget. See text for details about this category.

DTCA, direct-to-consumer advertising; nd, no data

doi:10.1371/journal.pmed.0050001.t001

(IMS y CAM son dos compañías estadounidenses de investigaciones de mercado)
(Según referencia 118).

Los regalos de la industria son muy heterogéneos y de ahí que sea complejo elaborar una relación:

- a) Comida o bebida en el lugar de trabajo, b) Muestras gratuitas de medicamentos, c) Honorarios por participar en una conferencia o lectura, d) Cobrar por ejercer de consultor o por participar en mesas redondas o ser miembro de paneles, e) Cobrar por enrolar pacientes en los estudios patrocinados por la industria, f) Recibir financiación (o compensación económica) para viajes, comidas, alojamiento u otros gastos por asistir a reuniones científicas, g) Recibir dinero de la industria por la prescripción de medicamentos, h) Aceptar entradas gratis para acontecimientos deportivos o culturales, i) Recibir una subvención por asistir a reuniones o conferencias que proporcionan créditos de formación, f) *gadgets*, etc.

En su encuesta sobre los regalos a los médicos Eric G. Campbell *et al.* los agrupan en cuatro categorías (ver Tabla 2. *Frequency of Physician-Industry relationship according to benefit received*, referencia 114) y muestran la proporción de encuestados que han respondido afirmativamente a la pregunta de si habían recibido cualquiera de estos regalos de la industria:

- a. La primera categoría son las muestras gratuitas de medicamentos.
- b. La segunda: 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.
- c. La tercera categoría: reembolsar los gastos de viajes, financiar el tiempo invertido, el alojamiento, las comidas u otros por asistir a reuniones y las subvenciones a las reuniones que otorgan créditos a la formación.
- d. La cuarta categoría son los pagos por servicios: como consultor, conferenciante, o reclutador de pacientes en los estudios patrocinados por la industria.

Table 2. Frequency of Physician–Industry Relationships According to Benefit Received.

Benefit	No. of Respondents (%) [*]
Drug samples	1255 (78)
Gifts	1391 (83)
Food or beverages in workplace	1386 (83)
Tickets to cultural or sporting events	122 (7)
Reimbursements	542 (35)
For admission to CME meetings (free or subsidized)	382 (26)
For meeting expenses (e.g., travel, food, lodging)	260 (15)
Payments	456 (28)
For consulting	282 (18)
For serving as a speaker or on a speakers' bureau	278 (16)
For serving on an advisory board	139 (9)
For enrolling patients in clinical trials	55 (3)
Any of the above relationships	1554 (94)

^{*} Percentages were weighted to adjust for the probability of selection within each specialty and for nonresponse.

(Según referencia 114)

Este estudio de Campbell *et al.* (114) tiene una serie de limitaciones:

- a. el número de respuestas,
- b. la sinceridad de las respuestas,
- c. no es una muestra representativa de todas las especialidad, y
- d. no se evalúan los riesgos y beneficios de la colaboración médico-industria.

Pero, como el estudio de Marshall, demuestran la frecuencia y heterogeneidad de los regalos.

La distribución de los regalos no es uniforme entre todos los miembros de la profesión médica (114):

- a. Algunas prácticas asistenciales (hospital, ambulatorio, docente, atención privada o pública) están más solicitadas que otras.
- b. Algunas especialidades están más solicitadas que otras (116).

Por ejemplo, los médicos de familia son los que con más frecuencia reciben muestras gratuitas.

- c. Los esfuerzos de mercadotecnia se concentran más en aquellos profesionales que pueden influir en los hábitos de prescripción del resto de los médicos. Por ejemplo:
 - I. Los especialistas en Cardiología cuyas indicaciones sobre el tratamiento de los trastornos asociados a las hiperlipemias (colesterol, triglicéridos) son seguidos por los médicos de las especialidades que se ocupan del riesgo cardiovascular

(además de los cardiólogos, los médicos de familia, internistas, endocrinólogos, cirujanos vasculares y cardíacos).

- II. Los expertos que participan en la elaboración de guías de tratamiento, protocolos o publican revisiones de tratamiento
 - III. 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.

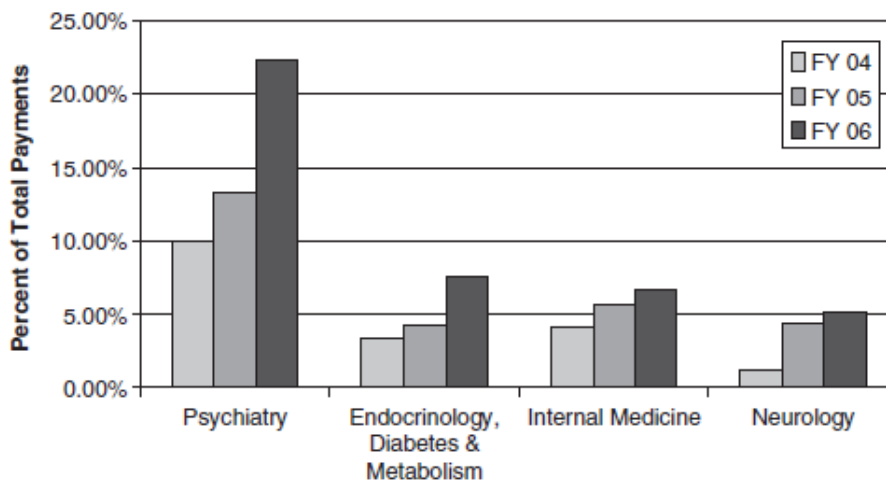
Table 2: Top 100 Recipients by Specialty, FY 06

	No. in Top 100	Value of Payments	% Overall Total	Average per Recipient	No. in VT
Physicians	77	U.S.\$1,346,557.60	59.90	U.S.\$17,487.76	1,730
Psychiatry	11	U.S.\$502,612.02	22.36	U.S.\$45,692.00	201
Endocrinology, diabetes, and metabolism	5	U.S.\$168,648.91	7.50	U.S.\$33,729.78	12
Internal medicine	16	U.S.\$150,209.70	6.68	U.S.\$9,388.11	216
Neurology	5	U.S.\$115,230.40	5.13	U.S.\$23,046.08	14
Family practice	12	U.S.\$71,069.02	3.16	U.S.\$5,922.42	305
Oncology	3	U.S.\$59,144.02	2.63	U.S.\$19,714.67	43
Clinical electrophysiology	1	U.S.\$26,493.45	1.18	U.S.\$26,493.45	5
Osteopathy	1	U.S.\$46,642.74	2.08	U.S.\$46,642.74	43
Pediatrics	4	U.S.\$42,655.32	1.90	U.S.\$10,663.83	159
Nephrology	1	U.S.\$25,294.74	1.13	U.S.\$25,294.74	10
Dermatology	2	U.S.\$23,309.00	1.04	U.S.\$11,609.50	24
Gastroenterology	1	U.S.\$17,398.98	0.77	U.S.\$17,398.98	24
Cardiovascular disease	2	U.S.\$10,974.68	0.49	U.S.\$5,487.34	48
Hematology	1	U.S.\$10,121.71	0.45	U.S.\$10,121.71	16
Allergy and immunology	1	U.S.\$7,983.40	0.36	U.S.\$7,983.40	8
Geriatrics	1	U.S.\$6,481.11	0.29	U.S.\$6,481.11	26
OB/GYN	1	U.S.\$6,365.64	0.28	U.S.\$6,365.64	72
Ionizing radiation privileges	9	U.S.\$5,832.76	2.48	U.S.\$6,203.64	N/A
Other recipients	23	U.S.\$200,388.26	9.05	U.S.\$57,491.31	N/A
RN/APRN	6	U.S.\$54,620.85	2.43	U.S.\$9,103.48	N/A
Hospitals	4	U.S.\$34,791.02	1.55	U.S.\$8,697.76	N/A
Colleges/universities	2	U.S.\$25,537.57	1.14	U.S.\$12,768.79	N/A
PA	3	U.S.\$12,226.59	0.54	U.S.\$4,075.53	N/A
Pharmacist	1	U.S.\$5,126.60	0.23	U.S.\$5,126.60	N/A
Other*	7	U.S.\$71,085.63	3.16	U.S.\$10,155.09	N/A
Total	100	U.S.\$1,549,945.86	68.95	U.S.\$15,032.82	5,608

Note. **"Other" is unspecified in the Vermont Attorney General Report and may include physicians.

Sources: FY 06 Annual Report of the Vermont Attorney General and 2006 Vermont Department of Health Physician Survey Statistical Report.

Figure 2: Trends in Industry Payments to Top Specialties, Fiscal Year 2004–Fiscal Year 2006



Sources: Vermont Attorney General's Office's Annual Reports and Non-trade-Secret Data.

(Según referencia 116)

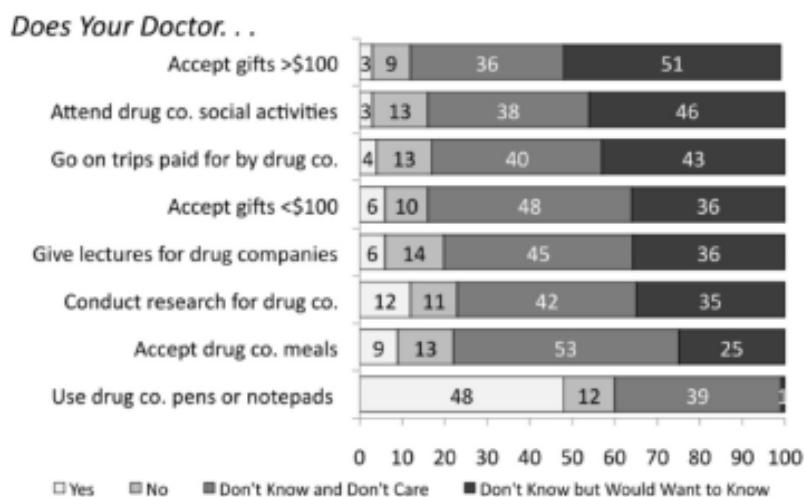
En 2006, en EEUU, David Grande *et al.* (108) se preguntaron qué pensaban los pacientes acerca de los regalos a los médicos. Para contestar a esta pregunta llevaron a cabo una encuesta telefónica en EEUU a 2.400 personas, afroamericanas o blancas, no latinas, residentes en áreas metropolitanas. De las 2.400 aceptaron participar 2.179. El estudio incluye los datos socio-demográficos del encuestado y 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:

- Una mayoría de los encuestados creen que sus médicos aceptan regalos de las compañías farmacéuticas.
- La mayoría de los que piensan que su médico acepta regalos de la industria poseen una educación secundaria y perciben ingresos económicos más altos.
- Los pacientes que piensan que sus médicos aceptan regalos son los que muestran menor confianza en sus médicos 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. Pero sí indica que un número elevado de pacientes sabe o supone que los médicos reciben regalos de la industria.

En otro artículo, publicado en 2012 (109) por Michael J. Green *et al.*, se plantean no solo si los pacientes saben si el médico recibe regalos de la industria sino, también, cuál es la actitud de los pacientes frente al médico que recibe regalos, el impacto que tienen en ellos sobre la confianza y el efecto del regalo en la adherencia a las recomendaciones de los médicos y la relación del precio del regalo (mayor o menor de 100 \$) con la confianza.

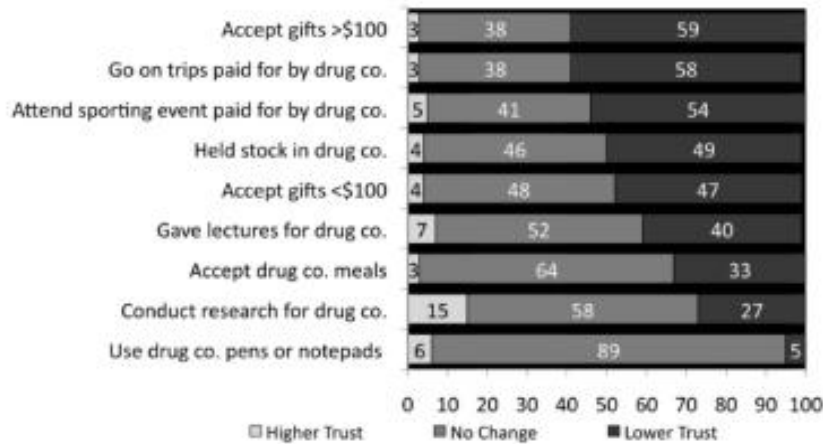
Figure 1: Knowledge of Physician Engagement in a Variety of Activities With Pharmaceutical Companies*



* % who know and/or care

Figure 1: Knowledge of physician engagement in a variety of activities with pharmaceutical companies.

Figure 2: Effect of Physician Participation in Various Activities on Patient Trust*



* % whose trust would increase or decrease

Figure 2: Effect of physician participation in various activities on patient trust.

Figure 3: Attitudes Toward Physicians Accepting Small Gifts or Meals*

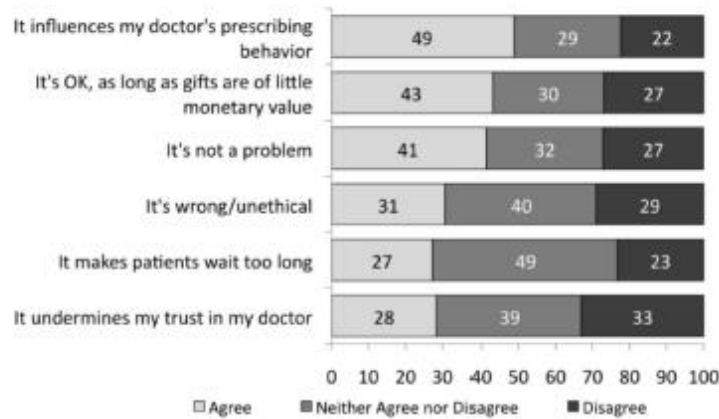


Figure 3: Attitudes toward physicians accepting small gifts or meals. (Según referencia 109).

El interés de este artículo radica en la introducción del concepto de pérdida de confianza ligada a la percepción de un regalo. Los regalos caros son los que inciden más negativamente en la confianza pero, incluso, los regalos baratos tienden a deteriorar la misma más que a acrecentarla porque hasta los pequeños regalos, como bolígrafos o blocs de notas, influyen de manera consciente o no consciente (109). Un porcentaje pequeño de los encuestados, alrededor del 25%, opina que el seguimiento del tratamiento por parte del paciente será probablemente peor si saben que su médico ha recibido un obsequio por acudir a una presentación sobre dicho medicamento. En este artículo especulan en dos direcciones:

- a. Incluso los regalos de pequeño valor pueden influir en la prescripción de tal manera que se tenga más en cuenta el regalo que la evidencia científica, o

- b. Los pacientes concededores de que uno de los medicamentos prescritos lo fabrica una compañía farmacéutica que ofrece regalos a su médico prescriptor tienden a seguir peor las recomendaciones de salud de su médico.

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

Table 4: Attitudes About Various Professionals Accepting Gifts or Meals*

How proper do you think it is for each of the following to accept meals or small gifts from those listed?	Not a problem (1)	(2)	Neutral (3)	(4)	Wrong/unethical (5)
Judges (from lawyers whose case they are hearing)	5	3	5	8	79
Professional sports referees (from players whose games they officiate)	4	4	9	7	77
Politicians (from lobbyists)	4	6	11	10	69
Doctors (from drug company representatives)	10	10	20	15	44
Business people (from clients)	13	15	22	13	38

1= OK/Not a Problem, 3=Neutral, 5= Wrong/Unethical
* Percent with each response

(Table 4: Attitudes about various profesionas accepting gifts or meals. Según referencia 109).

Pero no deja de sorprender la tolerancia que muestran los datos de la tabla 4 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 hemos dicho, aporta datos al debate sobre la pérdida de confianza en el médico a resultas de los regalos que recibe de la industria.

La bibliografía, en resumen, es clara (113, 115, 117, 119), cualquier regalo, grande o pequeño, barato o caro:

- a. Influencia la toma de decisiones de los médicos.
- b. Al ser un producto de mercadotecnia es un gasto que encarece el producto.
- c. El objetivo del regalo es aumentar la demanda de ese producto, no que el paciente reciba el tratamiento más adecuado.
- d. Desvía la atención de los productos no promocionados por los regalos, como por ejemplo, los medicamentos genéricos o los medicamentos huérfanos⁷⁹.
- e. Cuando el medicamento es de nueva introducción en el mercado, no constituye necesariamente una innovación ya que la promoción es comercial y atenta contra la seguridad de los pacientes por ser medicamentos peor conocidos.

⁷⁹ “Son productos medicinales que sirven para diagnosticar, prevenir o tratar enfermedades o desórdenes que amenazan la vida o que son muy serias 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 26-06-2017)

- f. 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 sobrepasará con creces lo invertido en la promoción (que además se añade al coste del producto).

Como se ha ido viendo, la interrelación entre los médicos y la industria es muy intensa, con aspectos positivos y otros peligrosos. La capacidad innovadora y de transformación, 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 y para evitarlo se han tomado medidas como las descritas en apartados anteriores: los códigos de buenas prácticas de la industria, la legislación, 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 (259). El abanico de respuestas posibles al sesgo que crean los regalos en la actividad de los médicos incluye:

- a. Desde la prohibición absoluta de cualquier regalo hasta aceptarlos plenamente o tolerarlos bajo ciertas condiciones (116, 117, 119):
 - I. Fijar una cuantía máxima, que se ha establecido arbitrariamente en un límite de 100\$,
 - II. Que beneficien al paciente: por ejemplo, dar muestras de medicamentos.
 - III. Que contribuyan a la mejora de la práctica de la Medicina,
 - IV. Que esté regulada la transparencia y se exija, por ejemplo, la declaración de los conflictos de interés, que se especifique qué se regula y se establezcan las coacciones que se imponen,
 - V. La obligatoriedad de que los regalos sean declarados a un registro de acceso público y a los pacientes.
 - VI. Los pagos a cambio de conferencias, lecturas o participación en mesas redondas, no son estrictamente regalos aunque sí puedan encubrirlos.

Ahora bien, las citadas condiciones no acaban de resolver el problema ya que, por ejemplo, la práctica de las muestras gratuitas tiene el efecto dañino de crear dependencia a un tratamiento concreto y, cuando el medicamento deja de ser un regalo, al paciente solo le queda cambiar a otro tratamiento regalado o convertirse en un consumidor de ese medicamento inicialmente gratuito. Además, como se ha apuntado más arriba, cuando el paciente es sabedor de que su médico recibe regalos de la industria, disminuye su confianza en el profesional pero al ser la enfermedad una causa de vulnerabilidad, el paciente queda cautivo o dependiente del sistema sanitario por lo cual tendrá pocas opciones de rechazar un tratamiento.

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

Table 1: Characteristics of State Gift Disclosure Laws

	<i>Public Access to Raw Data</i>	<i>Annual Reports</i>	<i>Data Itemized, Includes Recipient Identity</i>	<i>Enforcement Provisions</i>	<i>Compliance</i>	<i>Exemptions</i>
Vermont	Electronic	Yes	Yes	Strong	High	Gifts under U.S.\$25, samples, clinical trial payments, education grants, rebates/ discounts, "trade secrets"
Minnesota	Paper only	No	Yes	Weak	Low	Payments under U.S.\$100, samples
Massachusetts	Electronic	None yet	Yes	Unclear	Unknown	Gifts under U.S.\$50, clinical trial payments
DC	No	None yet	Yes	Weak	Unknown	Gifts under U.S.\$25, clinical trial payments, education grants
Maine	No	None yet	Yes	Weak	Unknown	Gifts under U.S.\$25, clinical trial payments, education grants
West Virginia	No	None yet	No	None	Unknown	Gifts under U.S.\$100, clinical trial payments, education grants

(Legislación en EEUU sobre la transparencia de los regalos. Según referencia 116)

Pero al prohibir que la industria farmacéutica financie la formación, la educación o el aprendizaje de la innovación aparecen nuevos problemas (119, 120, 121, 167):

- a. Saber quién asume el coste de la formación de los médicos y cómo repercute la citada prohibición en el coste de los medicamentos.
- b. La presión que se ejercía sobre los médicos se complementa con otras:
 - I. Presión sobre los pacientes vistos como consumidores: publicidad directa con anuncios en los medios de comunicación, en internet en la forma de banners u otras, y la difusión internacional.
 - II. Presión sobre otros proveedores sanitarios que pueden tener una capacidad de prescripción limitada pero sí influir sobre los pacientes o sobre los médicos a través de la delegación de funciones (ver apartado siguiente.)
- c. Esta presión sobre el médico a través del paciente y de otros proveedores sanitarios hace emerger la cuestión de quién es el defensor de los intereses del paciente. Evidentemente el propio paciente defenderá sus intereses pero resulta difícil hacerlo en un universo medicalizado y por un paciente enfermo. El paciente tiene una visión del mundo de la enfermedad a través de su propia experiencia pero, para orientarse en él, necesita la colaboración, guía y experiencia de los profesionales sanitarios o poseer conocimientos médicos, que son muy trabajosos de adquirir, y prescindir de todos los sentimientos negativos asociados a la enfermedad (miedo, ansiedad, dolor, deterioro físico, dependencia, desesperación, entre otros.) para poder ser objetivo, neutral e imparcial.

En resumen, la presión ejercida sobre los médicos, los pacientes y sobre otros proveedores sanitarios, unida a la ejercida en torno a los productos tecnológicos, empuja a la sociedad a considerar los medicamentos 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 profesionales sanitarios.

La respuesta a esas cuestiones implica a los médicos pero sin que ellos tengan la capacidad normativa. Pero, en cambio, la respuesta de los médicos crea, ante la sociedad, una imagen de la

profesión, imagen que puede ser íntegramente comercial o bien, 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 profesión sobre la que pesa la prohibición de recibir regalos que pongan en entredicho la imparcialidad.

7. LA PRESIÓN INDIRECTA SOBRE EL MÉDICO

7.1. 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 tensión arterial, la frecuencia cardíaca, la glucemia o el sueño (122). En una encuesta realizada en EEUU 72% de los encuestados usaban internet para buscar información sobre la salud y 69% usaba un dispositivo electrónico para monitorizar alguno de los parámetros antes citados (122). Los datos generados por dichos dispositivos se incorporan a una base de datos personal localizada en el dispositivo o a una base de datos de una institución depositada en la propia institución o en un servidor ajeno, lo cual significa una gran flujo de información privada que, además de ser para uso individual, también sirve para alimentar a las compañías de *Big data* que, a su vez, los ponen a disposición de otras compañías que los utilizan con fines de investigación o comerciales, de alguna manera se puede decir, a más tecnología, más comercialización. La administración sanitaria también participa en ese flujo de información con datos íntimos cuando vende paquetes de información anonimizada a las compañías que trafican con datos. La comercialización de esa información expone públicamente, o pone en venta, la intimidad de los individuos y 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 al recolector de datos cedidos voluntariamente, algunos tan íntimos 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 esta información, la 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, vista la abundante publicidad sobre dietas para adelgazar, alimentos sin gluten o sobre los cigarrillos electrónicos.

El interés y la confianza en los medicamentos también reflejan la preocupación de la sociedad por la salud y, también, son fuente de una importantísima actividad económica de la cual la publicidad es una muestra. La publicidad sobre medicamentos u otros productos sanitarios va dirigida a toda la población pero, en realidad, divide la población en dos grupos, los que están o se consideran enfermos y los que están o se consideran sanos. 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, la publicidad tiene otros efectos sobre la población:

- a. Aumenta los conocimientos de la audiencia sobre enfermedades o tratamientos.
- b. Parece invisible para los sanos pero condiciona la visión de la enfermedad de los enfermos y de los sanos.
- c. 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).

- d. Puede producir ansiedad a quien sospeche que padece una enfermedad.
- e. Puede originar desconfianza hacia los profesionales cuando el mensaje del profesional y de la publicidad discrepan.
- f. 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).
- g. Crea la sensación de que más pastillas es mejor.
- h. 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 agiganta 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 de ser acordes a las cifras invertidas. (Ver tablas 1 referencia 125 y tablas 3 referencia 125).

Table 1. Pharmaceutical promotion to consumers and providers 2001–2010.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Direct-to-consumer advertising (millions of 2010 dollars)										
Television	2,184	2,061	2,367	3,213	3,150	3,270	3,194	2,951	2,919	2,375
Print	1,242	1,242	1,606	1,651	1,823	2,291	2,132	1,617	1,587	1,747
Internet	27	42	72	214	181	230	105	141	312	202
Radio	46	51	73	67	68	87	48	24	43	44
Outdoor	2	6	6	6	8	13	4	3	6	3
Total	3,500	3,402	4,124	5,151	5,231	5,891	5,483	4,738	4,868	4,371
As percentage of sales	1.7	1.4	1.6	1.9	1.9	2.0	1.9	1.6	1.6	1.4
Promotion to providers (millions of 2010 dollars)										
Office-based promotion	5,897	6,450	7,442	7,621	6,892	6,780	6,147	6,043	5,906	5,306
Hospital-based promotion	864	1,071	1,005	1,059	881	718	620	490	491	479
Journal advertising	523	578	582	628	531	570	494	392	320	326
Free samples (retail value)	12,884	14,455	16,057	18,056	16,318	14,970	15,614	14,193	14,416	13,850
Epromotion (SDI)	–	–	251	255	314	356	415	497	532	525
Conferences and meetings (SDI)	2,605	2,644	2,890	3,295	3,027	2,851	2,910	2,993	2,952	2,840
Total	22,773	25,197	28,229	30,915	27,963	26,242	26,201	24,609	24,616	23,326
As percentage of sales	10.8	10.7	10.9	11.4	10.1	9.0	8.9	8.5	8.1	7.6
All DTCA and promotion to providers (\$2010 millions)	26,274	28,599	32,352	36,065	33,194	32,133	31,685	29,347	29,484	27,697
All sales (\$2010 billions)	212	236	260	270	276	292	296	290	305	307
As percentage of sales	12.4	12.1	12.5	13.4	12.0	11.0	10.7	10.1	9.7	9.0
Number of new molecular entities launched	31	28	30	21	20	27	21	19	26	21
Number of products marketed and promoted	2,920	3,087	3,056	3,105	3,094	2,680	2,730	2,660	2,576	2,474
Average promotion per product (\$millions)	9.0	9.3	10.6	11.6	10.7	12.0	11.6	11.0	11.4	11.2

All financial data were adjusted to 2010 dollars, utilizing the Consumer Price Index – All Urban.

Sources: Direct-to-consumer advertising data provided by Kantar Media; promotion to professionals data derived from the IMS Health Integrated Promotional Services™, 2002–2010 with the exception of data regarding epromotion and conferences and meetings which was derived from the SDI Physician Meeting and Event Audit and SDI ePromotion Audit; provider promotion for 2001 derived from reference #1; sales data derived from IMS Health Use of Medicines 2010 Report; newly launched molecular entities derived from reference #10; number of products marketed and promoted derived from IMS Health Integrated Promotional Services™ and includes products with any spending targeting providers.

doi:10.1371/journal.pone.0055504.t001

(Tabla 1, según referencia 125)

Table 1 Percentage change in categories of US DTCA expenditures (2005–2009)

DTCA category	2005 expenditure/rank	2009 expenditure/rank	Percentage change (2005–2009)
Total television ^a	\$3,390,587,472 (1)	\$2,943,000,894 (-)	-13.20 %
Total print media ^b	\$1,320,786,065 (2)	\$1,349,517,112 (-)	2.18 %
Total radio outlets ^c	\$66,798,340 (3)	\$46,323,067 (4)	-30.65 %
Outdoor ads	\$8,640,720 (5)	\$7,598,381 (-)	-12.06 %
Internet	\$56,180,283 (4)	\$117,403,346 (3)	108.98 %
Total DTCA expenditure	\$4,842,992,880	\$4,463,842,800	-7.83 %

Source: Nielsen Co. data sourced from fee-based PharmLive Report "Direct-to-Consumer Advertising: Review and Outlook 2011"

^aIncludes network, cable, syndicated, and spot TV ads. Excludes Spanish Language TV DTCA expenditures

^bIncludes national magazine, local magazine, national Sunday supplement, local Sunday supplement, national newspaper, and local newspaper

^cIncludes network and spot radio ads

(Tabla 1, según referencia 126. Variación del gasto en \$ de la información directa al consumidor en la televisión, prensa escrita, radio, publicidad externo (vallas publicitarias, farmacias, etc.) y en internet. Destaca el incremento del gasto en Internet)

Table 3. Therapies most heavily promoted through direct-to-consumer advertising, 2010.

Ranking	Trade name	Type of drug	Spending in direct-to-consumer advertising (millions)
1	Lipitor	Statin	272
2	Cialis	Phosphodiesterase type 5 inhibitor	216
3	Cymbalta	Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor	206
4	Advair	Inhaled corticosteroid and long-acting beta-agonist	200
5	Ablify	Atypical antipsychotic	156
6	Symbicort	Inhaled corticosteroid and long-acting beta-agonist	152
7	Prisdq	Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor	127
8	Plavix	Oral thienopyridine antiplatelet	127
9	Lyrica	Anticonvulsant	112
10	Chantix	Nicotinic receptor partial agonist	110
11	Toviaz	Muscarinic antagonist	109
12	Viagra	PDE5 inhibitor	100
13	Crestor	Statin	95
14	Boniva	Oral bisphosphonate	85
15	Lovaza	Omega-3 fatty acid	81
16	Seroquel	Atypical antipsychotic	81
17	Enbrel*	Tumor necrosis factor inhibitor	72
18	Simponi*	Tumor necrosis factor inhibitor	71
19	Spiriva Handihaler	Anticholinergic bronchodilator	71
20	Singulair	Leukotriene receptor antagonists	70
21	Januvia	Dipeptidyle peptidase-4 (DPP-4) inhibitor	65
22	Restasis	Cyclosporin topical emulsion	58
23	Vyvanse	Psychostimulant	58
24	Tripix	Fibrate	56
25	Lunesta	Non-benzodiazepine hypnotic	54
All 25 combined			2,805
Total percentage of industry DTCA spending			64

Source: Data provided by Kantar Media.

*Biologic therapy.

doi:10.1371/journal.pone.0055504.t003

(Tabla 3, según referencia 125)

La publicidad de medicamentos es un tema controvertido y regulado en la mayoría de 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” (249). Entre los países desarrollados, los medicamentos que necesitan una prescripción facultativa para ser vendidos, solo pueden ser publicitados en EEUU y Nueva Zelanda, en el resto de países no está permitido. En España existe una normativa ministerial que regula (124) la publicidad:

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

La publicidad de medicamentos dirigida al público en general está limitada a los medicamentos que cumplen una serie de requisitos entre los cuales están 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 (diagnóstico y seguimiento del tratamiento) 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 las ideas sobre el mercado.

Los defensores de la publicidad de medicamentos con receta usan diferentes argumentos para demostrar que es necesaria:

- a. Que aumenta el sentido de responsabilidad de los pacientes,
- b. Que mejora el seguimiento de los tratamientos, y
- c. Que ofrece alternativas de tratamiento e información sobre las enfermedades y los tratamientos.

Y argumentan que debe existir en base a la libertad para expresar lenguaje comercial. Entre los países desarrollados la publicidad solo está permitida en Estados Unidos y Nueva Zelanda. En EEUU, la publicidad se ha adaptado progresivamente a los cambios normativos, al mismo tiempo, que las empresas han ido creando códigos de buenas prácticas y buscado el apoyo de las sociedades científicas (133) pero, en realidad, la sociedad norteamericana se ve obligada a aceptarla porque los medicamentos son considerados un simple producto comercial y por lo tanto con 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)

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

- a. Pone en peligro la seguridad del paciente ya que son medicamentos cuyos efectos adversos infrecuentes todavía son desconocidos así como la seguridad a largo plazo.
- b. Provoca aumento de los costes de la asistencia porque los medicamentos nuevos suelen ser más caros y no se promociona medicamentos genéricos.
- c. Tiene efectos sobre la relación médico-paciente ya que solo el médico puede emitir una receta y por lo tanto ha de plegarse a la demanda del paciente 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 visita.

Internet es un espacio que ofrece enormes posibilidades para la información de los pacientes y proveedores e igualmente para la promoción de medicamentos, dispositivos y aplicaciones (122). La publicidad en la red ha aumentado mucho en los últimos diez años tanto la dirigida a la

promoción de fármacos como 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 suele estar dentro de regulaciones más generales que hacen referencia a la publicidad en los medios de comunicación, la prensa escrita, la radio y la televisión (124).

Desde que en EEUU empezó la publicidad de medicamentos en TV, la *Food and Drug Administration* (FDA) estadounidense ha ido adaptando la regulación existente y ha incorporado una regulación específica para la red pero con dificultades, dado el carácter de cambio continuo de internet. En la última década, en EEUU, el mayor crecimiento económico relacionado con la publicidad de productos sanitarios ha ocurrido en la promoción digital (Ver la *Table 1: Percentage change in categories of US DTACA expenditures 2005-2009*. Según referencia 126). Los costes de la publicidad directa al consumidor (el nombre es una declaración de principios, el paciente/ enfermo es el consumidor) en EEUU ha aumentado de forma exponencial, desde 12 millones de dólares en 1989 a 2380 millones de dólares en 2001 y 4700 millones de dólares en 2008.

En Internet la publicidad se lleva a cabo de muy distintas maneras, las más frecuentes son: las recomendaciones para visitar la web del producto; el envío de mensajes o de correos electrónicos personales en respuesta a una visita a la web; la promoción de aplicaciones digitales diseñadas para los móviles o para las tabletas que monitorizan la tensión arterial, el pulso, el peso, el patrón del sueño o el consumo de calorías según la actividad física; los cupones para obtener descuentos de los productos publicitados o las invitaciones a 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 igual que fueron emitidos por 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 pequeños por lo que suele ser casi una foto-mensaje cuyo pequeño formato impide detallar los efectos adversos de los fármacos, aunque, para remediarlo, redirigen al receptor del mensaje a la página web de la compañía. Estas maniobras de ir de una página a otra consumen tiempo y distraen al internauta de su objetivo principal que las abandona fácilmente y se queda con una información parcial. La FDA supervisa la publicidad después de que haya sido emitida y tiene capacidad sancionadora pero se enfrenta al mundo de internet y de las redes sociales que es cambiante, disperso y laberíntico (247).

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 el objetivo 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 el 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 enfermedades, sino que, o bien, son variantes de la normalidad o consecuencia del envejecimiento o del estilo de vida (131). 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 una única solución, aparentemente sencilla, y recomienda consultar con un profesional para corroborar lo anunciado, información y solución, lo cual, en realidad, es otra forma de promover la prescripción de un medicamento y de aumentar el número de prescripciones y de consultas sobre problemas reales o inducidos, sobrecargando, a veces innecesariamente, las consultas de los profesionales sanitarios (131, 132, 134, 135, 249).

Sin embargo, a cambio:

- a. El receptor de la publicidad obtiene información para su salud, aunque idealmente debería transmitir la información teniendo en cuenta el justo equilibrio entre riesgo y beneficio,
- b. 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 (250),
- c. Los pacientes más informados se supone que adhieren más al tratamiento, lo cual sería beneficioso para su salud,
- d. Los pacientes más informados interactúan con su médico de manera distinta y también es probable que reciban más tratamiento con medicamentos (249).

El análisis de los efectos de la promoción publicitaria es complejo porque intervienen muchos factores, han de incluir a un gran número de personas enfermas y sanas y suelen estar sesgados ideológicamente debido a que utilizan argumentos basados en valores ideológicos (mercado, empoderamiento del paciente). Aunque van dirigidas a toda la población, sana y enferma, son más visibles para la población que padece el “problema” publicitado que, también, es la población más vulnerable.

7.2. 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 (249) 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 para lo cual 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 medicamentos 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 Bárbara Minzes, que en 2012 (254) publicó un artículo en *The Annual Review of Public Health*, que efectivamente aporta ejemplos muy ilustradores: el caso de Rofecoxib, uno de los medicamentos más publicitados en EEUU entre 1999 y 2004 y del cual se estima que provocó entre 80.000 y 140.000 ataques al corazón, 40% de los cuales 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, los consumidores también están más preparados para dialogar con su médico pero,

los autores, son menos contundente cuando afirman que la publicidad puede facilitar la adhesión al tratamiento en las personas mayores. Las conclusiones negativas del artículo se fundamentan en 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 medicamentos con receta que la suministrada en la publicidad, con lo cual están reconociendo la parcialidad de la información a favor de los beneficios. Un aspecto destacable de las conclusiones es que los autores utilizan la palabra consumidores para designar a los pacientes.

En su análisis, Harker y Harker, no encuentran referencias bibliográficas del impacto de la DTCA en el comportamiento de los consumidores en relación a 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:

- a. Si la publicidad consigue mejores resultados de salud: si disminuye la morbilidad y la mortalidad,
- b. 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,
- c. cómo incide en la satisfacción del paciente, y
- d. si existen mejores u otras alternativas al producto publicitado.

Por último, un aspecto de gran relevancia entorno a la publicidad es cómo, esta, afecta al precio de los medicamentos: el artículo no plantea como incide la publicidad en el acceso a la atención sanitaria y a los medicamentos, lo cual no es baladí ya que, como se ha visto en un apartado anterior, el precio del medicamento es un factor limitante o disuasorio (233) para acceder a los fármacos (308). La industria financia la publicidad pero no explica cómo la publicidad repercute sobre el precio del producto que paga el consumidor y si encarece la atención, de ahí que, consecuentemente, limite el acceso. Aunque, es cierto, que el estudio no se diseñó para contestar a esas preguntas, es igualmente cierto, que la pregunta es importante y necesaria ya que los autores dicen hacer el estudio desde la perspectiva del consumidor.

7.3. Publicaciones de organismos gubernamentales

En 2004 la Food and Drug Administration de EEUU 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 (250). El informe realizado por ese organismo público, expone 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 iban dirigidas a:

- a. Esclarecer algunas cuestiones relevantes sobre la promoción publicitaria de medicamentos con receta en cualquier medio de comunicación y
- b. 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 los que se encuestó en dos ocasiones, 1999 y 2002, lo que permite la comparación de resultados entre ambas. El estudio se realizó con pacientes que habían visitado a su médico recientemente y se excluyó, por 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 la publicidad que consigan por lo menos iguales resultados.

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

- a. La publicidad de medicamentos consigue que los pacientes tengan un mayor conocimiento del medicamento publicitado a través de la información proporcionada en el anuncio, así como de las condiciones patológicas y de los nuevos tratamientos,
- b. fomenta que el paciente pregunte al médico y le ayuda a plantear las cuestiones relevantes. Al igual que en el estudio de Harker et Harker, el médico sigue siendo la fuente de información preferida por los pacientes,
- c. no aumenta el número de visitas a los médicos ya que los pacientes aprovechaban una visita por otro motivo de salud para realizar las preguntas,

Sin embargo,

- a. casi la mitad de los médicos encuestados manifestaron sentirse presionados para prescribir los medicamentos publicitados, y un menor grupo de médicos manifestó estar muy presionado,
- b. 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,
- c. los pacientes asignan una mala puntuación a la información escrita por ser poco inteligible,
- d. en la encuesta de 2002 un menor número de pacientes respecto a la de 1999 opinó que la publicidad fuese efectivamente útil para relacionarse con su médico o para tomar decisiones.

Cabe preguntarse si las tres primeras conclusiones, las a), b) y c), son realmente positivas y no al contrario, francamente negativas ya que una información fidedigna y no sesgada conseguirá que el paciente esté bien informado, que las preguntas surjan 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 gestione desde la perspectiva del anunciante.

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

- A partir de los diferentes tipos de soporte (video, en la TV, on-line, escrita),
- El efecto sobre diferentes poblaciones (adolescentes, consumidores) y el examen de las correcciones propuestas,
- Las declaraciones de efectos adversos ligados al medicamento o a la publicidad a través de un teléfono de llamada gratuita,
- 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,
- Las consecuencias de la información proporcionada sobre el medicamento o sobre la condición patológica que dice tratar,
- La comparación de precios entre medicamentos.

Este esfuerzo revela la voluntad de adaptar a la realidad la publicidad de los medicamentos (258, 307) con receta aceptando tácitamente que los beneficios son mayores que los riesgos, omitiendo la evidencia en contra, retocando la regulación numerosas veces, y sin asumir que el motivo de la publicidad es persuadir al paciente de las bondades de un producto, aumentar las ventas de dicho producto 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 (250), sobre la promoción de los medicamentos con receta que investiga en cuatro direcciones⁸⁰:

- La proporción de pacientes que reciben una receta de un medicamento de marca registrada después de preguntar a su médico,
- la ampliación de las búsquedas sobre un producto publicitado o sobre la enfermedad que dicen tratar,
- la cantidad de información sobre riesgos y beneficios y
- el efecto de la publicidad sobre 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.

7.4. 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 dudas y los inconvenientes se subrayan, minimizan u obvian. La publicidad de medicamentos para tratar enfermedades graves o crónicas merece especial atención ya que incide sobre 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, Massachusetts* (EEUU) (251), consideran que la promoción publicitaria de los medicamentos contra el cáncer no es beneficiosa porque no es realista, genera expectativas de eficacia erróneas, no considera las alternativas de tratamiento, se expresa en términos equívocos, omite efectos adversos, somete al paciente a riesgos desconocidos ya que son fármacos poco usados todavía, no introduce el coste del medicamento como un factor en la toma de decisiones, y puede afectar negativamente la relación médico-paciente y disminuir 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 EEUU, 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 igual y cuánto alarga la vida sin progresión de enfermedad o con progresión. El anuncio muestra a un enfermo postrado, rodeado de sus

⁸⁰ Véase:

<http://www.fda.gov/aboutfda/centersoffices/officeofmedicalproductsandtobacco/cder/ucm090276.htm#completed>. (Consultado el 02-07-2017)

familiares y en una viñeta posterior, el mismo enfermo pero ya con aspecto saludable, paseando por el campo con sus nietos y jugando con un perro.

Este fármaco está poco probado en mayores de 75 años, en los que parece ser 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 ECOG⁸¹ >1. Tampoco se indica que los efectos adversos de cualquier tipo, leves o graves, aparecen hasta en 97% de los que toman el medicamento y 11% lo abandonan por toxicidad. E igualmente se omite el coste, la dosis recomendada es 3mg/Kg/ 2 semanas mientras haya respuesta al tratamiento y el precio del vial de 100 mg es 1540,15 € con IVA. Un paciente de 75 Kg necesitará 225 mg y su tratamiento cuesta 3731,25 € cada 2 semanas (255) (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.*⁸²(251).

Crystal Adams PhD del Departamento de Sociología de la Universidad de Miami (252) defiende la publicidad de los medicamentos con receta porque:

- a. Promueve un estilo de vida saludable,
- b. fomenta un nuevo concepto de empoderamiento del paciente,
- c. enfatiza la responsabilidad personal en el cuidado de la propia salud,
- d. proporciona educación al público fuera de la consulta: La publicidad de medicamentos con receta juega un papel social ya que difunde mensajes sobre comportamiento saludable o sobre enfermedades o tratamientos, instruyendo al público y llevando a cabo una labor que los médicos no pueden realizar porque están demasiado ocupados,
- e. la publicidad llega a grupos de población que difícilmente tienen acceso a los cuidados sanitarios.

Para ilustrar esas razones también recurre a un anuncio en TV en el que un paciente afecto de 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.

⁸¹ 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). Se publicó en 1982 por Oken et al. También se llama a la escala ECOG, escala WHO o Zubrod score. La principal función de esta escala es la de objetivar la calidad de vida del paciente o "performance status".

⁸² Véase: <http://www.elmundo.es/salud/2016/02/02/56b0cd1746163f2b3d8b4582.html> y véase también <http://www.eleconomista.es/salud/noticias/6884603/07/15/Europa-aprueba-nivolumabBMS-BristolMyers-para-cancer-de-pulmon-no-microcitico-de-histologia-escamosa.html> (Consultado el 28-06-2017)

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 superimpreso en las imágenes y en un audio que detalla los beneficios y riesgos del producto.

Paul Biegler (Center for Human Bioethics, School of Philosophical, Historical and International Studies, Monash University, Clayton, Victoria, Australia) y Patrick Vargas (Department of Advertising, University of Illinois at Urbana-Champaign, Illinois, EEUU) han publicado un artículo acerca de cómo el entorno del anuncio (lugar donde se produce, música acompañante, audio, voz que recita el mensaje, timbre, tono, qué hacen los personajes) manipula la percepción del receptor (253). En su estudio llevado a cabo con voluntarios y usando un pseudoantigripal como ejemplo de medicamento, muestran que al emparejar el nombre del medicamento con imágenes positivas, se producen sentimientos favorables hacia el medicamento y ocurre lo contrario cuando el medicamento se junta 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 (251) y (252) 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 en el segundo. 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 vulnerabilidad del receptor ya sea por inmadurez (niños, adolescentes) o por la enfermedad también incide en la percepción (246). Los autores proponen varias soluciones de las cuales destacan 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 Minzes 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 (254).

La autora describe el riesgo que suponen los medicamentos nuevos porque cuando salen al mercado se desconocen los efectos del medicamento a largo plazo o sobre 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.

El artículo proporciona cifras ilustrativas de la exposición a la publicidad de medicamentos en EEUU: entre 1999 y 2004 el incremento del número de anuncios de medicamentos con receta fue de 1900 a 4800 anuncios por persona; los que más TV miraron en 2000 vieron unos 1800 anuncios sobre medicamentos para la artritis y los que menos unos 70. 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 5,9/1000 personas-año a 8,2 y la prescripción del medicamento promocionado de 6,5/persona 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 medicamento antidepresivo, de 1997 a 2003, 76% de los modelos eran mujeres y 96% se las describía como la persona deprimida.

Las conclusiones a las que llega son demoledoras:

- a. La publicidad aumenta el volumen de la prescripción de medicamentos con receta,
- b. La publicidad aumenta las demandas de los pacientes,
- c. La publicidad aumenta los cambios de tratamiento además estos cambios son hacia medicamentos menos apropiados o hacia medicamentos menos coste-efectivos y mantiene la venta de medicamentos 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.
- d. El aumento de la adherencia no está basado en la evidencia y
- e. No existe evidencia de que la publicidad mejore la calidad de los tratamientos ni que ayuda a anticipar cuidados necesarios.

7.5. 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 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 por 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 necesitó entre 2008 y 2011 unos 160000 \$/año; y, si además, presentaba inhibidores de los factores de coagulación, el coste se triplicó por 3 en los adultos y por 6 en los niños.

Desde hace muchos años que las personas con Hemofilia se entrenan para el autocuidado, son ellas mismas quienes se administran los factores de coagulación y adaptan la administración a sus necesidades y, en algunos países, también son ellos 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 por individualmente. Los laboratorios fabricantes y distribuidores de factores de coagulación y de tratamiento anti inhibidores, ayudan muy activamente a las personas hemofílicas de muy diversas maneras: organizan y subvencionan reuniones, campamentos juveniles, proporcionan abogados para defender las peticiones de los enfermos, aconsejan cómo sufragar los gastos, proporcionan becas de estudios, ofrecen empleo a los enfermos, a sus familiares o a sus cuidadores e incluso adjudican 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 dura 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 ante el paciente hemofílico es similar a la que utilizan para 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 intereses similar al que ocurre con los médicos ya que condiciona las decisiones de los pacientes a través de los vínculos económicos, laborales y personales (256).

7.6. Una campaña publicitaria: Información dirigida al consumidor

Un ejemplo de la tenue separación 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 campaña se denominó *40over40* haciendo referencia a que la disfunción eréctil afecta alrededor del 40% de los hombres a partir de los 40 años (131, 132).

Jean Christophe Bélisle-Pipon y B. Williams-Jones, en un artículo publicado en 2015 en *Bioethical Inquiry* (132), analizan la campaña y destacan algunos aspectos. La campaña empezó con un anuncio en TV explicando qué es la disfunción eréctil y la carga personal que representa para el individuo y proporcionaba una referencia a un sitio web para mayor información y para ver las opciones de tratamiento. La campaña usó un autocuestionario (una versión abreviada del *International Index of Erectile Dysfunction Questionnaire*) para que cada lector pudiera reconocer el grado de disfunción eréctil, es decir, autodiagnosticarse 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:

- a. 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.
- b. Las consecuencias para el público: Las campañas informativas son, en realidad, publicidad indirecta ya que se informa sobre una cuestión de salud y paralelamente se ofrece una solución aparentemente fácil y al final se añade la coetilla de consultar con un profesional sanitario, en particular uno que tenga capacidad para prescribir un medicamento. En la campaña no se hicieron referencias científicas pero de ella se desprendía:
 - I. La diferencia entre normal o no normal era difusa y no se relacionaba la respuesta eréctil con la edad.
 - II. Una presentación desigual de las diferentes opciones de tratamiento y de los efectos secundarios y, en consecuencia, con esta campaña un individuo podía pensar que la única o la mejor solución es la farmacológica y, además, el patrocinador de la campaña no era obvio y la campaña estaba avalada con el logo de ASC (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.
 - III. 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 (134). 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 tabáquico.

- c. Estas campañas promocionales se aprovechan del prestigio de la ciencia y de los éxitos de la medicina en la lucha contra algunas enfermedades.
- d. La campaña genera presión sobre los médicos porque remiten a la consulta del profesional sanitario e inducen 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 medicamento para tratarlo y al mismo tiempo se recomienda consultar con un profesional para recabar información. Estos requisitos estuvieron presentes en la campaña antes reseñada (131, 132). Insistir en el nombre de un medicamento registrado o sobre un problema de salud son formas sutiles de publicidad y este tipo de información debería ser considerado publicidad indirecta. La ficha técnica del medicamento es accesible por internet y en ella consta toda la información sobre el medicamento, las indicaciones, efectos adversos, posología, formas de administración, precauciones, precio, etc. Y relacionarla con el problema de salud es obvio. Aunque si alguien realiza todos estos trámites quiere decir que está preocupado y que necesita información y ésta es una manera de conseguirla. La información obtenida a través de la web de la industria o de la publicidad es una información tamizada por el interés de terceros, que puede remitir al lector a la consultar del médico con un guion ya establecido.

Table 2 Considerations for determining whether an activity is promotional (advertising) or non-promotional (informational), based on *The Distinction Between Advertising and Other Activities* (DAOA) (Health Canada 2005)

Considerations	DAOA Test	Case Specificities	Most Probable Case Activity Type
<i>What is the context in which the message is disseminated?</i>	Is it a science-based message delivered [by an expert] or is it a product-related message delivered to a group [...] with a limited agenda?	Message via television ads and website; same as for Public Health campaign.	Either Promotional or Non-Promotional
<i>Who are the primary and secondary audiences?</i>	Where they are different, the message to the secondary audience is more likely to be advertising.	Due to its wide TV and Internet diffusion, audience is mass market; same as for Public Health campaign.	Either Promotional or Non-Promotional
<i>Who delivers the message (the provider)?</i>	Where delivered by an independent party, the message is less likely to be considered as advertising.	Drug Sponsor through TV spots and website.	Mostly promotional
<i>Who sponsors the message and how?</i>	Where any fee is paid by the manufacturer to have the message disseminated, it is more likely to be advertising.	Drug Sponsor, but not overly visible.	Promotional
<i>What influence does a drug manufacturer have on the message content?</i>	Where the drug manufacturer exerts influence (e.g., preparing, editing) on the message content, it is more likely to be advertising.	Drug Sponsor is responsible for all the content.	Promotional
<i>What is the content of the message?</i>	Can the message withstand a test for scientific rigour? Is the information set in an appropriate context, e.g., a discussion of disease management, scientific research?	Scientific rigour is vague or deficient; treatment-oriented rather than disease prevention or management.	Mostly promotional
<i>With what frequency is the message delivered?</i>	Where the same message is delivered repeatedly, the message is more likely to be considered as advertising.	Frequency determined by the Sponsor and limited only by Sponsor's marketing budget.	Promotional

(Según referencia 132)

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:

- a. La publicidad de medicamentos destinados a uso humano o la destinada a las personas facultadas para prescribirlos o dispensarlos,
- b. La visita médica o el suministro de muestras gratuitas,

- c. 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 primera razón para regular la publicidad estriba en que, de ambas maneras, con la publicidad y con los regalos, se pretende influir sobre la decisión del médico y condicionar la prescripción (122, 125, 126). 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 puede puentear las regulaciones que limitan la publicidad (en el sentido de 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 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 lo tanto atentar contra la sostenibilidad de los sistemas públicos de salud (123).

La tercera razón es la independencia y 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 medicamentos de los cuales se quiere obtener un rendimiento rápido. Son medicamentos que cumplen ciertas características como: la novedad, la indicación, el precio, la marca registrada, la facilidad en la administración o la población diana:

- a. Los medicamentos recién salidos al mercado 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 lo tanto menos seguros. El caso de Rofecoxib que ya he citado más arriba, es paradigmático (127): Mediante una doble campaña publicitaria, ambas exitosas, una 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 hubo de ser retirado del mercado por su toxicidad. La introducción en el mercado fue 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 norteamericana) tomaran medida alguna⁸³.

⁸³Véase:

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

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 voluntariamente.

- b. Los medicamentos que tienen un número de indicaciones más amplio se publicitan porque van dirigidos a un mayor número de pacientes.
- c. Las moléculas que se administren “per os”, ya que no necesitan de los profesionales sanitarios ni de que se adiestre al paciente o al cuidador.
- d. Los fármacos cuyas indicaciones potenciales son mejorar el rendimiento o disimular el envejecimiento como, por ejemplo, los inhibidores de la fosfodiesterasa (Cialis, Viagra).
- e. Los fármacos que se usan para el tratamiento de enfermedades pero sobre todo para prevenirlas con lo cual la población diana crece exponencialmente, por ejemplo, las estatinas.
- f. La insistencia o la definición comercial de nuevas patologías:

La fibanserina (164) constituye un ejemplo paradigmático:

La definición del “Trastorno hipoactivo del deseo sexual en las mujeres” en el DSM-V⁸⁴ y la aprobación posterior de la fibanserina para tratarlo. La aprobación de comercialización de este fármaco fue rechazada en 2010 y 2013, su eficacia es de alrededor del 10% y para aprobarlo se usaron argumentos tales como que los hombres disponen de numerosas pastillas para tratar la impotencia mientras que las mujeres no. Y a pesar de:

- I. El tratamiento ha de tomarse por lo menos 28 días para conseguir ese efecto del 10%,
- II. 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),
- III. los efectos secundarios (hipotensión, síncope que pueden provocar traumatismo graves, somnolencia y dificultad para llevar a cabo tareas habituales como conducir, entre otros),
- IV. las interacciones con otras sustancias como el alcohol.
- V. la importancia mediática de estas decisiones de las agencias de medicamentos es manifiesta como muestran estas noticias recogidas de periódicos de amplia tirada y distribución⁸⁵.

⁸⁴ *Diagnostic and Sattistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V, quinta revisión), en español, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

⁸⁵ 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 02-07- 2017)

Las políticas de promoción de medicamentos probablemente cambiarán por la aparición de terapias con moléculas grandes que necesitan ser administradas por vía parenteral y que necesitan 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 (125). 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.

Table 1. Pharmaceutical promotion to consumers and providers 2001–2010.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Direct-to-consumer advertising (millions of 2010 dollars)										
Television	2,184	2,061	2,367	3,213	3,150	3,270	3,194	2,951	2,919	2,375
Print	1,242	1,242	1,606	1,651	1,823	2,291	2,132	1,617	1,587	1,747
Internet	27	42	72	214	181	230	105	141	312	202
Radio	46	51	73	67	68	87	48	24	43	44
Outdoor	2	6	6	6	8	13	4	3	6	3
Total	3,500	3,402	4,124	5,151	5,231	5,891	5,483	4,738	4,868	4,371
As percentage of sales	1.7	1.4	1.6	1.9	1.9	2.0	1.9	1.6	1.6	1.4
Promotion to providers (millions of 2010 dollars)										
Office-based promotion	5,897	6,450	7,442	7,621	6,892	6,780	6,147	6,043	5,906	5,306
Hospital-based promotion	864	1,071	1,005	1,059	881	718	620	490	491	479
Journal advertising	523	578	582	628	531	570	494	392	320	326
Free samples (retail value)	12,884	14,455	16,057	18,056	16,318	14,970	15,614	14,193	14,416	13,850
EPromotion (SDI)	–	–	251	255	314	356	415	497	532	525
Conferences and meetings (SDI)	2,605	2,644	2,890	3,295	3,027	2,851	2,910	2,993	2,952	2,840
Total	22,773	25,197	28,229	30,915	27,963	26,242	26,201	24,609	24,616	23,326
As percentage of sales	10.8	10.7	10.9	11.4	10.1	9.0	8.9	8.5	8.1	7.6
All DTCA and promotion to providers (\$2010 millions)	26,274	28,599	32,352	36,065	33,194	32,133	31,685	29,347	29,484	27,697
All sales (\$2010 billions)	212	236	260	270	276	292	296	290	305	307
As percentage of sales	12.4	12.1	12.5	13.4	12.0	11.0	10.7	10.1	9.7	9.0
Number of new molecular entities launched	31	28	30	21	20	27	21	19	26	21
Number of products marketed and promoted	2,920	3,087	3,056	3,105	3,094	2,680	2,730	2,660	2,576	2,474
Average promotion per product (\$millions)	9.0	9.3	10.6	11.6	10.7	12.0	11.6	11.0	11.4	11.2

All financial data were adjusted to 2010 dollars, utilizing the Consumer Price Index – All Urban.

Sources: Direct-to-consumer advertising data provided by Kantar Media; promotion to professionals data derived from the IMS Health Integrated Promotional Services™, 2002–2010 with the exception of data regarding epromotion and conferences and meetings which was derived from the SDI Physician Meeting and Event Audit and SDI ePromotion Audit; provider promotion for 2001 derived from reference #1; sales data derived from IMS Health Use of Medicines 2010 Report; newly launched molecular entities derived from reference #10; number of products marketed and promoted derived from IMS Health Integrated Promotional Services™ and includes products with any spending targeting providers.
doi:10.1371/journal.pone.0055504.t001

Gastos comparativos en publicidad de medicamentos de 2001 a 2010. Gastos totales y comparados por medio publicitario: TV prensa escrita, Internet o en exteriores. Gastos comparativos según proveedor o consumidor. Gastos comparativos por lugar de trabajo diferenciando la consulta privada de la práctica hospitalaria. Número de nuevas moléculas lanzadas al mercado en esos años. Destaca el crecimiento 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 disminuye el gasto en publicidad crece. (Tabla 1. Según referencia 125)

Table 2. U.S. sales revenue and promotional spending for leading selling prescription medicines according to dollar sales in 2010.

Rank	Therapy	Type of therapy	U.S. Sales (billions)	Promotion (millions)						Total	Percentage of sales
				DTCA	Office	Hospital	Samples	Journals	All Provider		
1	Lipitor	Small molecule	7.2	272.0	97.3	7.6	359.7	4.3	468.8	740.8	10.3%
2	Nexium	Small molecule	6.4	16.7	32.5	2.3	208.5	0.7	244.0	260.7	4.1%
3	Plavix	Small molecule	6.1	127.3	60.1	9.1	93.3	0.2	162.7	290.0	4.8%
4	Seroquel	Small molecule	5.2	80.6	51.2	11.8	91.0	0.0	153.9	234.5	4.5%
5	Advair Diskus	Small molecule	4.7	200.5	47.5	1.8	343.4	0.0	392.7	593.2	12.6%
6	Abilify	Small molecule	4.6	155.7	49.7	6.1	412.7	0.0	468.5	624.2	13.6%
7	Singulair	Small molecule	4.1	70.3	69.5	3.6	309.5	0.04	382.6	452.9	11.0%
8	Crestor	Small molecule	3.8	95.3	101.5	7.0	389.7	1.0	499.2	594.5	15.6%
9	Actos	Small molecule	3.5	40.7	48.9	1.5	202.2	0.0	252.6	293.3	8.4%
10	Epogen	Biologic	3.3	0	0.4	0.1	0.0	0.0	0.4	0.4	0.01%
11	Remicade	Biologic	3.3	0	4.7	0.7	0.3	0.6	6.3	6.3	0.2%
12	Enbrel	Biologic	3.3	71.5	9.9	0.9	8.1	1.2	20.1	91.6	2.8%
13	Zyprexa	Small molecule	3.3	1.2	16.0	5.8	174.1	0.0	195.9	197.1	6.0%
14	Cymbalta	Small molecule	3.2	206.0	93.6	7.2	309.6	4.0	414.4	620.4	19.4%
15	Avastin	Biologic	3.1	0.0007	2.8	1.6	0.0	2.2	6.6	6.6	0.2%
16	Oxycontin	Small molecule	3.1	0.1	9.9	0.9	0.0	2.6	13.4	13.5	0.4%
17	Lantus	Biologic	3.0	46.5	37.2	4.7	58.3	8.3	108.5	154.9	5.1%
18	Neulasta	Biologic	3.0	0.3	1.4	0.2	0.0	0.7	2.3	2.6	0.1%
19	Humira	Biologic	2.9	34.1	12.9	3.8	25.4	0.1	42.2	76.3	2.6%
20	Lexapro	Small molecule	2.8	2.1	108.2	6.7	270.9	13.1	398.8	400.9	14.3%
21	Rituxan	Biologic	2.8	0.05	4.3	0.2	0.0	2.3	6.8	6.9	0.2%
22	Aricept	Small molecule	2.5	34.3	25.5	2.6	154.1	2.2	184.5	218.8	8.8%
23	Lovenox	Small molecule	2.3	0.1	7.3	8.5	3.2	0.0	19.0	19.1	0.8%
24	Atripla	Small molecule	2.2	0.8	2.1	1.0	0.2	0.4	3.7	4.5	0.2%
25	Copaxone	Biologic	2.2	0	4.0	0.7	2.3	0.2	7.2	7.2	0.3%
TOTAL	-	-	91	1,456	20%	2%	77%	1%	4,455	5,911	6.4%

Sources: Direct-to-consumer advertising data provided by Kantar Media; promotion to professionals data derived from the IMS Health Integrated Promotional Services™, 2010™ and excludes e-promotion and expenditures for conferences and meetings depicted in Table 1; sales data derived from IMS Health Use of Medicines 2010.

Ingresos por la venta del medicamento y gastos en publicidad por producto comercial registrado. 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 (129). El segundo gasto en promoción directa al consumidor y décimo cuarto en ingresos es en Cymbalta que es un fármaco psicótropo de la familia de los inhibidores de la re-captación de la serotonina-norepinefrina que se usa para el tratamiento de la depresión unipolar y otros trastornos psiquiátricos y también para los sofocos menopáusicos, incontinencia urinaria, fibromialgia o la vulvodinia. El tercer medicamento más promocionado y quinto en ingresos es Advair Plus que es una asociación de medicamentos que se usa para tratar enfermedades crónicas respiratorias. (Tabla 2. Según referencia 125)

Table 3. Therapies most heavily promoted through direct-to-consumer advertising, 2010.

Ranking	Trade name	Type of drug	Spending in direct-to-consumer advertising (millions)
1	Lipitor	Statin	272
2	Cialis	Phosphodiesterase type 5 inhibitor	216
3	Cymbalta	Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor	206
4	Advair	Inhaled corticosteroid and long-acting beta-agonist	200
5	Abilify	Atypical antipsychotic	156
6	Symbicort	Inhaled corticosteroid and long-acting beta-agonist	152
7	Pristiq	Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor	127
8	Plavix	Oral thienopyridine antiplatelet	127
9	Lyrica	Anticonvulsant	112
10	Chantix	Nicotinic receptor partial agonist	110
11	Toviaz	Muscarinic antagonist	109
12	Viagra	PDE5 inhibitor	100
13	Crestor	Statin	95
14	Boniva	Oral bisphosphonate	85
15	Lovaza	Omega-3 fatty acid	81
16	Seroquel	Atypical antipsychotic	81
17	Enbrel*	Tumor necrosis factor inhibitor	72
18	Simponi*	Tumor necrosis factor inhibitor	71
19	Spiriva Handihaler	Anticholinergic bronchodilator	71
20	Singulair	Leukotriene receptor antagonists	70
21	Januvia	Dipeptidyle peptidase-4 (DPP-4) inhibitor	65
22	Restasis	Cyclosporin topical emulsion	58
23	Vyvanse	Psychostimulant	58
24	Trilipix	Fibrate	56
25	Lunesta	Non-benzodiazepine hypnotic	54
All 25 combined			2,805
Total percentage of industry DTCA spending			64

Source: Data provided by Kantar Media.
 *Biologic therapy.
 doi:10.1371/journal.pone.0055504.t003

En esta tabla se repite la relación anterior, los más promocionados son los más vendidos y los que más beneficios reportan. El más promocionado es Lipitor, seguido de Cialis un inhibidor de la fosfodiesterasa tipo 5 que favorece la respuesta eréctil y también se usa para tratar la hipertensión pulmona y para mejorar los síntomas de la hipertrofia prostática, el tercero es Cymbalta y el cuarto Advair. (Según referencia 125)

La capacidad de Internet de adaptarse o de crear nuevas realidades es enorme, constante y difícil de prever lo que causa 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:

- a. Los *banners* o banderolas publicitarias son espacios reducidos insertados en páginas de internet de elevado tránsito. Se ven como una superficie que destaca por el color, la forma o la localización y cuyo objetivo es atraer la atención del visitante o del tráfico de visitantes hacia el sitio web del anunciante que paga por la inclusión. Los banners están diseñados para no pasar inadvertidos y, aunque no se les atienda específicamente son capaces de predisponer a favor de los productos que anuncian (120).
- b. 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 a un consumidor cualquiera, lo alejan del sistema sanitario y lo exponen a riesgos desconocidos a veces mortales (128).

- c. Los videos incrustados en páginas de elevado tránsito que se comportan como los *banners*.
- d. Los cupones de promoción que ofrecen descuentos sobre el precio del medicamento.

Los *banners* se parecen a la publicidad que ya 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 TV 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 TV por cable o por satélite, o por internet se recibe o accede a los *banners*, *pop-up*, tiendas online, farmacias virtuales, mensajes, etc. El impacto transfronterizo de la publicidad multiplica la presión sobre los médicos y sobre los sistemas sanitarios ya que les obliga a atender a presiones comerciales de otros lugares todo lo cual evoca la necesidad de una regulación global. Esta publicidad (126) debería ser muy exigente e incluir la información sobre la *seguridad*, el número de tratamientos hechos, 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* (130) que en la edición de 2013 utiliza expresiones como “Poca experiencia de uso”, “No hay experiencia”, “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 (TV, radio, prensa escrita o Internet) y al público al que va dirigida. Y debería incluir: ,

- a. Una información equilibrada y justa acerca de las ventajas y riesgos del producto farmacéutico anunciado.
- b. La información puede ser ampliada mediante un mensaje de voz, es decir, que quien quiera una mayor información puede 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 puede ser disuasorio. En otras ocasiones, una parte de la información que suele ser la referida 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, fomenta la búsqueda activa de información 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.
- c. Ofrecer la posibilidad de imprimir la información.
- d. 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 busca. 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 donde 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 EEUU, 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 es engañoso ya que la información cualitativa 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.

- e. 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.
- f. La publicidad ha de indicar que se debe comentar con un médico cuando se trata de medicamentos que necesitan prescripción facultativa. En España, la publicidad en la TV de los medicamentos que se expenden 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, por lo tanto no es necesario consultar con un médico sino con alguien que conozca el producto anunciado. Es decir, desvía la atención desde el diagnóstico al tratamiento, a la “pastilla”.
- g. 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:

- a. El perfil de *seguridad* no es bien conocido, el perfil de eficacia a largo plazo tampoco.
- b. 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 los países con servicios nacionales de salud, y, también, cuando los medicamentos son financiados por terceros.
- c. Promocionan el uso de los medicamentos sobre otras formas de tratamiento y publicitan las marcas registradas en detrimento de los genéricos.
- d. 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.
- e. Representan una presión externa sobre los médicos, sobre su libertad de prescripción y sobre su libertad de razonamiento.

7.7. 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:

- a. Dar visibilidad social a la enfermedad y a los enfermos: la visibilidad social difunde el conocimiento sobre la enfermedad, ayuda a luchar contra las consecuencias sociales de la enfermedad y a erradicar el estigma asociado; difundir el conocimiento de los factores de riesgo asociados a la enfermedad y de las opciones de tratamiento.
- b. Promocionar la investigación para curar o prevenir.
- c. Ofrecer 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 recolecta de fondos (22). En los sitios web de estas organizaciones está muy claro quiénes son, a quién van dirigidas y cuáles son sus intenciones. En cambio, pocos sitios web de asociaciones de pacientes, aproximadamente un tercio (según D.E. Ball *et al.* en 2006), revelan las fuentes de financiación (260, 261). 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 (262). En muchos de los sitios web de pacientes con una enfermedad⁸⁶ sí se muestran los patrocinadores o las actividades patrocinadas, pero no se muestra cuál es el patrocinio ni si éste condiciona el comportamiento de la asociación ni si existe conflicto de intereses. Como dato ilustrativos, en el sitio web de GEPAC no hay referencia alguna al precio de los medicamentos ni a como el coste de los tratamientos condiciona el acceso a las terapias (Consultado el 28-11-2016). En el manifiesto de los pacientes tampoco se hace referencia al coste de los tratamientos ni en la documentación sobre los fármacos se hace referencia a quién la financia ni a 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 omisión de datos o de críticas (261, 304, 306). Bajo la apariencia de defender los intereses de los asociados se promociona a la industria. De cuya promoción propongo tres ejemplos:

- a. Presionar a la autoridad sanitaria para incorporar 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,
- b. no exigir que se publiquen los resultados negativos de los estudios, o

⁸⁶ Diabetes: www.fedesp.es; Cáncer: www.gepac.es

- c. 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 cuantos enfermos mueren en el domicilio.

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

- a. En Dinamarca existía una asociación de personas con migraña que se negó a ser subvencionada por un fabricante de medicamentos antimigrañosos y el fabricante trató de crear otro grupo rival de personas con migraña.
- b. La duplicación del monto de la subvención a la Arthritis Foundation (EEUU) 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.
- c. O, 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:

- a. Si la asociación decide aceptar fondos de la industria procurar que solo cubran una parte pequeña del presupuesto para evitar una dependencia excesiva
- b. Mantener una separación clara entre los financiadores y los que dictan la política de la asociación
- c. Crear comités independientes que velen y supervisen la imparcialidad de la organización
- d. La transparencia sobre los donantes, cuánto han donado y en qué se ha usado la donación (261, 262, 263).

En los sitios 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 la *European Parkinson's Disease Association* ya incluyen un código de conducta en su sitio web⁸⁷.

8. CONSECUENCIAS DE LA PRESIÓN SOBRE EL MÉDICO: LA MEDICINA DEFENSIVA

El ejercicio de la medicina de manera defensiva deriva, como se ha dicho, del temor de los médicos a ser perseguidos judicialmente por cualquiera de estas razones:

- a. Una negligencia profesional,
- b. por un efecto adverso fruto del azar estadístico,

⁸⁷ Véase: <http://www.epda.eu.com/en/about-the-epda/partners/?Opentab=c2,2#c2>
(Consultado el 02-07- 2017)

- c. para prevenir las reclamaciones de los pacientes,
- d. para evitar las críticas y que se les tilde de inactivos,
- e. para que no se les acuse de no hacer el diagnóstico de una enfermedad potencialmente grave o de no haberla tratado.

Desde la perspectiva del paciente, las razones por las cuales reclaman a los médicos también son múltiples:

- a. Haber sufrido un daño ya sea a consecuencia de una negligencia profesional o del azar estadístico,
- b. porque no están satisfechos con los resultados, el procedimiento, el trato o la comunicación,
- c. por la omisión de un diagnóstico,
- d. por otras razones relacionadas con el ejercicio de la profesión como encontrar o recibir una explicación por lo que les ha sucedido.

Las reclamaciones o las críticas, fundadas o infundadas, conllevan pérdida de prestigio profesional, coste financiero y laboral y sufrimiento y daño morales para ambas partes.

La enfermedad también presiona al médico dado que la medicina se ejerce bajo el imperativo de llegar a un diagnóstico y de ofrecer un tratamiento acorde. La profesión, los pacientes y la sociedad así lo exigen. Por lo cual a todos los factores de presión antes citados (apartados anteriores de 4. a 7.) hay que añadir los que se generan a partir de este imperativo del ejercicio profesional y todos ellos presionan para que el ejercicio de la medicina sea de forma defensiva.

Los logros de la Medicina son fruto de los adelantos tecnológicos, terapéuticos, estadísticos y de la salud pública. El cribado de enfermedades graves en la población hoy en día es una práctica común y, en general, bien aceptada o, incluso, exigida. Los programas de detección del cáncer, las revisiones médicas con el fin de disminuir el riesgo cardiovascular, la detección de la HTA o el tratamiento de las desviaciones analíticas de los niveles de glucosa o de lípidos, son algunos ejemplos que ilustran la creación de una conciencia de que existen enfermedades ocultas y que lo mejor para evitarlas es la prevención o la detección temprana y el tratamiento ulterior. A todo esto se suma la facilidad de acceso a la información por parte de los pacientes; la presión de algunos estamentos de la sociedad y de algunas ideologías para que el paciente se transforme en un consumidor; el cuestionamiento de la autoridad del profesional; la publicidad sobre los productos sanitarios y la presencia en los media de las reclamaciones y de las indemnizaciones millonarias.

Todo ello desemboca en una práctica defensiva de la medicina en la que el médico trata de prevenir una amenaza ya sea acumulando argumentos para defenderse (pruebas médicas, opiniones de otros colegas, tratamientos, etc.) ya sea evitando llevar a cabo los procedimientos de más riesgo o bien rechazando a los pacientes con patologías más complejas y, por ello, con mayor riesgo de reclamación o a los más aparentemente conflictivos y, también, para complacer al paciente y predisponerlo a su favor.

Algunos autores distinguen dos tipos de medicina defensiva: una, positiva y otra, negativa. La distinción entre ambos tiene sobre todo interés para un mejor análisis porque, en la realidad, el mismo profesional las practica a la vez.

8.1. La medicina defensiva positiva

En este caso la respuesta del médico a la presión generada por el temor a una reclamación, a las críticas de los pacientes o a pasar por alto un diagnóstico o un tratamiento, es aumentar el número de peticiones de exámenes médicos, de consultas con otros profesionales o/ y de prescripción farmacéutica con un objetivo principal que es su propia protección y no el beneficio del paciente. Todo ello conduce a aumentar el consumo de productos sanitarios: incremento de las exploraciones complementarias tales como las técnicas de imagen, los análisis de muestras de líquidos biológicos o de tejidos o las consultas a otros especialistas. A resultas de estos incrementos se produce un cuádruple aumento:

- a. Multiplicación del número de resultados con alteraciones difíciles de interpretar (falsos positivos por errores estadísticos o pre-analíticos o analíticos) que generan más pruebas, más seguimientos y más gasto,
- b. diagnósticos en personas asintomáticas,
- c. un incremento en las reacciones adversas relacionadas con los actos médicos. Este incremento del número de lesiones producidas por la atención sanitaria afecta tanto a los pacientes, en forma de reacciones adversas a fármacos, infección ligadas a la atención sanitarias, traumatismos físicos, reacciones químicas, etc. como a los profesionales sanitarios que sufren accidentes por exposición a líquidos biológicos o a radiaciones, exposición a sustancias tóxicas, etc.
- d. el crecimiento del gasto sanitario.

Los diagnósticos que se obtienen con este exceso de pruebas en personas asintomáticas no siempre redundan en beneficio de los pacientes. Algunos de los diagnósticos que, de otra manera hubieran pasado inadvertidos, constituyen lo que se ha venido a llamar “sobrediagnóstico” que también acarrea un “sobreatamiento” (143, 144, 153, 157) con el consiguiente cortejo de efectos adversos y secuelas personales, sociales y económicas.

8.2. Epidemia de cáncer de tiroides en Corea del Sur

El caso de la epidemia de cáncer de tiroides en Corea del Sur es paradigmático. Este país dispone de un sistema de salud solidario que cubre las necesidades de la población de forma gratuita para la gran mayoría. Es un sistema muy bien dotado tecnológicamente y con un soporte estadístico muy desarrollado. Este soporte aporta información fidedigna sobre la salud de los coreanos y sobre el cáncer en particular. Desde 1999 el estado surcoreano ha emprendido un programa de lucha contra el cáncer, que incluye costear la detección de los cánceres de mama, cérvix, colon, estómago e hígado.

Aprovechando este programa, y por un pequeño pago extra, los proveedores sanitarios ofrecen, además, el cribado del cáncer de tiroides mediante ecografía. En Corea, a partir de 2011, se observó que la detección de cáncer de tiroides en personas asintomáticas se incrementó más de 15 veces comparado con los detectados en el año 1993. Este aumento en el diagnóstico no se ha acompañado de un aumento de los enfermos por cáncer de tiroides ni de la mortalidad relacionada con él. La mayoría de los pacientes a los que se les ha diagnosticado el cáncer se han tratado con cirugía: una tiroidectomía radical o subtotal. En una serie de 15.000 pacientes coreanos diagnosticados de cáncer de tiroides con este cribado y tratados con cirugía, se han observado los resultados siguientes: debido a la extirpación del tiroides una gran parte de ellos necesitan tratamiento hormonal sustitutivo con hormonas tiroideas y seguirá necesitándolo para el resto de

sus vidas; a un 11% les ha quedado como secuela un hipoparatiroidismo con necesidad perenne de tratamiento sustitutivo, que se añade al del hipotiroidismo, y en un 2% se produjeron trastornos de la fonación por una parálisis de las cuerdas vocales. Estas tres secuelas no son excluyentes entre sí, se suman.

A tenor de las consecuencias del tratamiento quirúrgico y de que el aumento de diagnósticos de carcinoma papilar de tiroides no se ha correlacionado con un aumento de la morbilidad y mortalidad por cáncer de tiroides, se ha cuestionado con fuerza si lo adecuado es tratarlo. Y si no es necesario, cuál es el beneficio de cribarlo. Saberse portador de un cáncer, aunque no necesite tratamiento, genera ansiedad y más revisiones médicas. Los autores se preguntan cuál es la recomendación actual frente a esta epidemia, provocada por un exceso de diagnósticos de cáncer de tiroides en personas sanas, y sin que se haya constatado un aumento de la morbilidad o mortalidad relacionadas con él: actualmente la recomendación es no hacer cribado del cáncer de tiroides en las personas sanas (144, 145).

Esta misma epidemia puede afectar a otros países desarrollados como Francia, Italia, China, Australia, Canadá, la República Checa, Israel o Estados Unidos que deberán enfrentarse a la misma problemática de cribar, diagnosticar y tratar con las consecuencias de efectos adversos y de incremento del gasto sanitario.

Las preguntas que genera esta “epidemia” son múltiples:

- a. Cómo justificar que se no se busque activamente diagnosticar y tratar un cáncer. La respuesta ya se conocía en los años 50 del pasado siglo cuando se constató que en muchos estudios necrópsicos se observaban carcinomas papilares de tiroides y que poco frecuentemente eran la causa de la muerte (143, 145). Tanto es así que algunos autores proponen un cambio de nomenclatura, sustituir la palabra “cáncer” para nombrar a estas lesiones por el de lesión indolente de origen epitelial (157).
- b. Cuáles son los problemas del sobrediagnóstico: el desconocimiento de la incidencia real de morbilidad y de mortalidad asociadas a ese diagnóstico, el sufrimiento moral del paciente, la sobrecarga del sistema sanitario y el aumento del gasto y las consecuencias del sobretratamiento.
- c. Cuáles son las condiciones para que se produzca sobrediagnóstico y sobretratamiento: evidentemente se han de dar las condiciones económicas que permitan dedicarle recursos pero que no son una condición suficiente, ya que, además debe existir un reservorio no diagnosticado de la enfermedad, los medios técnicos para descubrirlo (143) y, en la población, la cultura sobre la enfermedad. En el caso de Corea se dan todas esas condiciones, recursos económicos, fácil acceso a los cuidados sanitarios, una enfermedad (¿o anomalía?) prevalente en la población y los medios técnicos para detectarla y tratarla.

En el caso del cáncer detectado en un cribado, de manera casual o incidental, ambos, el médico y el paciente, devienen víctimas del diagnóstico por todo lo que implica y por las complicaciones que añade a la toma de decisiones. El paciente es víctima porque sufre las consecuencias y las secuelas del daño. El médico lo es de forma diferente, el daño resultante, si lo hay, provoca sufrimiento moral o las consecuencias profesionales y legales de diagnosticar un cáncer.

La definición que ofrece el diccionario de la RAE 23ª ed. para la palabra “cáncer” es anatomopatológica: una masa de células transformadas con crecimiento y multiplicación anómalas. La palabra “tumor” y la palabra “cáncer”, a menudo se intercambian con lo cual al añadir la definición de tumor a la definición de cáncer, sabemos que el crecimiento de este grupo

de células que constituyen el tumor, es incontrolado. Afortunadamente estas definiciones no incluyen la idea de muerte ni de inexorabilidad, porque sería inexacto, aunque sean una creencia popular y la fuente del temor relacionado con ese diagnóstico. Pero el diagnóstico anatomopatológico es una descripción morfológica de lo que ve el patólogo (microscopia, técnicas de inmunohistoquímica o de biología molecular) no es un paciente, sobre el cual el diagnóstico, aunque sustentado en el anatomopatológico, tiene que ser clínico. Un diagnóstico de cáncer, como se sabe, no deja indiferente al paciente, le genera angustia y desencadena consecuencias personales y sociales, por ejemplo: dependencia del sistema sanitario o prevenciones ante la toma de un seguro, sobre la decisión de procrear o de emigrar, entre otras. Y todas estas consecuencias deben ser tenidas en cuenta cuando se acomete una campaña de detección de una enfermedad en una población o cuando se realizan chequeos médicos individualizados. Las campañas de cribado de la población para detectar el cáncer en la etapa incipiente consiguen, en efecto, diagnosticarlos tempranamente, como en la epidemia descrita en Corea (144, 145), en donde se detectaron casos que nunca tendrían consecuencias, en cuyo caso el diagnóstico, en lugar de ser un beneficio para el paciente, le causa perjuicios.

8.3. Sobrediagnóstico y sobretratamiento

El sobrediagnóstico, como ha ilustrado el ejemplo de la epidemia en Corea del Sur, se define como el diagnóstico de una anormalidad que no se asocia con un peligro sustancial para la salud y que, en consecuencia, los pacientes no obtienen beneficio por conocerlo. No se debe confundir el sobrediagnóstico con un error de diagnóstico (diagnóstico erróneo, omitido o inadvertido) ni con un diagnóstico falsamente positivo (resultado analítico que induce a error porque, relacionado con la especificidad y sensibilidad de la prueba, no se acompaña en realidad de la anomalía que se está buscando).

Las causas del sobrediagnóstico y del sobretratamiento se resumen en la tabla siguiente:

Table 1: Causes of overdiagnosis [2–5].
Proximal causes:
Screening
Increasing sensitivity of diagnostic tests
Incidental findings (following laboratory or radiological examinations, genetic tests, etc.)
Widening diagnosis criteria to diagnose a condition requiring an intervention
Distal causes:
Blurring boundaries between risk and disease
Physician's fear of missing a diagnosis and fear of litigation
Patient's need of reassurance
Financial incentives

Causas de sobrediagnóstico. (Según referencia 157)

Es decir, el origen del sobrediagnóstico es multifactorial porque resulta de una mezcla de:

- a. Los avances tecnológicos que posibilitan el cribaje de personas sanas para buscar alteraciones poco sintomáticas o para estudiar problemas de salud como la Hipertensión arterial, utilizando métodos poco cruentos, con un menor riesgo asociado a la prueba.

- I. Las nuevas técnicas de cribado a través de la imagen: ecografía, tomografía axial computarizada, resonancia nuclear magnética, tomografía por emisión de positrones y en una mejor sensibilidad y especificidad de las técnicas.
 - II. Las nuevas técnicas para análisis de líquidos biológicos o de muestras de tejido.
- b. Los hallazgos obtenidos a través de dichas técnicas desencadenan, por ser más sensibles y específicos, nuevos procedimientos de confirmación y seguimiento.

La complejidad generada por las nuevas tecnologías y por los hallazgos que se derivan, algunos trascendentes y otros meros incidentalomas⁸⁸ sin importancia, obliga a crear guías de actuación, directrices y algoritmos para manejarlos. Estas guías pocas veces advierten de los riesgos para el paciente que suponen estos estudios y tratamientos ni suelen explicitar los conflictos de interés de los expertos que las han elaborado.

La ampliación de los criterios de búsqueda de un diagnóstico implica que se difumine el límite entre factor de riesgo y enfermedad lo cual, a su vez, genera nuevas pruebas, un seguimiento y nuevos tratamientos. El concepto de profilaxis primaria constituye un ejemplo, pues se trata de utilizar un medicamento para prevenir un primer ataque de la enfermedad en alguien que nunca ha tenido síntomas relacionados con la enfermedad que se quiere evitar pero que presenta factores de riesgo de padecerla; los intereses ligados a la ampliación de criterios para indicar la profilaxis primaria son evidentes.

La curiosidad científica de los profesionales sanitarios y el miedo a omitir un diagnóstico impulsan a llegar a un diagnóstico. La omisión de un diagnóstico va en contra de lo que el médico considera su deber y, desde el punto de vista judicial, se castiga no hacer un diagnóstico y en cambio, no se castiga, hasta ahora, sobrediagnosticar.

La cultura de *más es mejor* que infravalora los riesgos.

- c. Los intereses financieros para rentabilizar la inversión y,
- d. El miedo a la enfermedad y a sus consecuencias.

A diferencia del diagnóstico, por definición, el sobrediagnóstico no redundan en beneficio de los pacientes y, en cambio, las nuevas pruebas necesarias para llegar a él o los tratamientos que se derivan o no son beneficiosos o, al contrario, generan daño, coste y tratamientos innecesarios (efectos adversos de las pruebas y de los tratamientos).

Eliminar el sobrediagnóstico y el sobretratamiento no es tarea fácil porque necesariamente hay que evitar lo contrario, infradiagnosticar o infratratar. Tampoco es posible ni deseable prescindir de las nuevas tecnologías ni evitar que la población esté preocupada por la salud. Los logros alcanzados con los tratamientos antitumorales actuales se han conseguido a expensas de sobretratar a algunos pacientes sin que el sobretratamiento se origine en una práctica defensiva de la medicina sino porque el conocimiento actual no permite todavía diferenciar en qué casos se puede no tratar. (Ver, a continuación figura 1, referencia 143)

⁸⁸ En medicina, un incidentaloma es un tumor (-oma) encontrado de forma casual (incidental) en ausencia de signos clínicos o síntomas específicos al realizar una exploración radiológica a un paciente. La mayoría de los incidentalomas son tumores benignos que no precisan tratamiento, pero en algunos casos se requiere la extracción de una biopsia para descartar un cáncer.

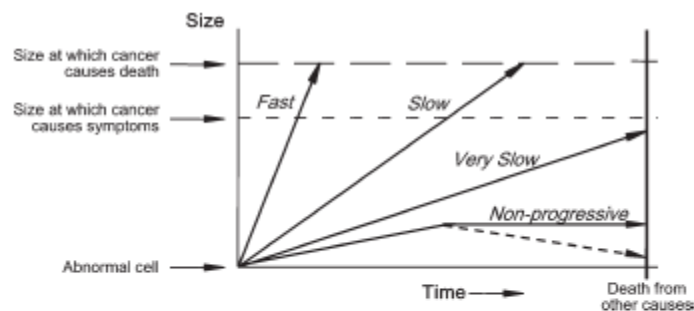


Figure 1. Heterogeneity of cancer progression. The arrow labeled “fast” represents a fast-growing cancer, one that quickly leads to symptoms and to death. The arrow labeled “slow” represents a slow-growing cancer, one that leads to symptoms and death but only after many years. The arrow labeled “very slow” represents a cancer that never causes problems because the patient will die of some other cause before the cancer is large enough to produce symptoms. The arrow labeled “nonprogressive” represents cellular abnormalities that meet the pathological definition of cancer but never grow to cause symptoms—Alternatively, they may grow and then regress (**dotted line**). (Figure 1 was previously supplied by the authors to Wikipedia.)

(Figura 1, según referencia 143).

El Carcinoma ductal *in situ* de mama (CDIS) constituye un buen ejemplo (264): el incremento de detección del CDIS se ha relacionado con la introducción del cribado de la población utilizando mamografías digitales, no en que haya aumentado la frecuencia de este tipo de cáncer *in situ*. En los Países Bajos la incidencia de las CDIS ha aumentado 5,6 veces entre 1989 y 2011. Estos nuevos diagnósticos son relevantes porque elevan la población de mujeres con cáncer de mama aunque un grupo de estas mujeres nunca hubiera desarrollado una enfermedad cancerosa invasiva de mama. Y, al contrario, empieza a haber evidencia suficiente para afirmar que el tratamiento de ese grupo de estas mujeres con CDIS no tiene efecto sobre la reducción de la mortalidad. No obstante, cualquier lesión de CDIS se trata de forma similar a un cáncer de mama invasivo aunque solo una parte de las lesiones evolucionará a una forma invasiva de cáncer de mama. Dicho de otra manera, solo un grupo de mujeres con este tipo de lesión cancerosa se beneficia del tratamiento, el resto solo sufre las consecuencias de un tratamiento que incluye cirugía, radioterapia y quimioterapia. El problema está en que los conocimientos actuales no son capaces de dilucidar quién se va a beneficiar del tratamiento y quién no.

En estos casos, cuando no es posible actuar solo sobre el grupo que se va a beneficiar del diagnóstico o del tratamiento o de ambos, la solución que parece más lógica es minimizar los efectos negativos de los cambios tecnológicos y aprovechar la preocupación por la salud.

De todo ello se desprende la necesidad de minimizar el sobrediagnóstico y el sobretratamiento y evitar el daño, es decir, surge una vez más la *seguridad* del paciente. De ahí que se deba plantear cómo evitar el sobrediagnóstico y tratamiento:

- a. La práctica profesional debe fundamentarse en la medicina basada en la evidencia científica y, en su defecto, en los conocimientos médicos que desarrollan y fijan los detalles y parámetros necesarios para reducir el número de sobrediagnósticos o de sobretratamientos.

Por ejemplo: no solo se ha de considerar la imagen radiológica o la histología, sino que también debe valorarse, el tamaño de la imagen, la rapidez de crecimiento y el paciente sujeto del estudio. Esta valoración puede ser muy objetiva, porque se expresa en unidades

métricas de medida: volumen, escala digital de grises, medición de la captación del radiofármaco o del radiocontraste, porcentaje de mitosis, invasión vascular, crecimiento de la lesión en un período estándar, etc. Junto con una interpretación clínica de la situación del paciente, edad, esperanza de vida, factores de riesgo cardiovasculares, capacidad funcional, otras enfermedades, etc. Esta aproximación reduce el número de sobrediagnósticos y tratamientos aunque no los elimina.

- b. También debe tenerse en cuenta las consecuencias del tratamiento. Como muestra el ejemplo de Corea del Sur y el cáncer papilar de tiroides:
 - I. Consecuencias a largo plazo: hipotiroidismo secundario a la cirugía del tiroides, hipoparatiroidismo, disfonías,
 - II. Consecuencias inmediatas ligadas a la intervención: infección, hematoma local, mortalidad relacionada con la intervención.
 - III. La investigación genómica sobre el cáncer ha permitido crear un método estadístico útil para estratificar a los pacientes y predecir cuáles van a sufrir una enfermedad invasiva y prevenir el sobre diagnóstico (265) aunque todavía está en fase de introducción en la clínica diaria.
- c. La educación del paciente y, a la larga, de toda la población es uno de los cometidos de los médicos con la idea de que una población médicamente educada tomará decisiones más adecuadas en lo referente a la salud. Los pacientes que se someten a un cribado deben saber que además de los resultados positivos, pueden aparecer resultados que son falsos positivos y otros que aun siendo realmente positivos constituyen un sobrediagnóstico. Y si aparece uno de estos resultados va a ser necesario hacer más pruebas (138), es decir, que se entra en una espiral cuya salida es desconocida. La educación del paciente significa que ha de entender los límites del cribado y también establecer cuáles son sus preferencias ante un resultado desfavorable. En esas circunstancias difíciles y complejas, la continuidad de la relación médico-paciente en sus tres formas (de información, de personal y de dirección) juega un papel fundamental.
- d. La formación curricular de los médicos también debería incluir una materia sobre cómo manejar o evitar el sobrediagnóstico y el sobretratamiento.
- e. Frente a la presión de los pacientes el médico debe oponer el conocimiento científico, aunque, muchas veces, medido con incertidumbre, como una probabilidad, lo cual necesita una gran dosis de serenidad por parte del paciente y de confianza en su interlocutor médico. Procurar que el paciente entienda que la palabra cáncer significa más una descripción anatomopatológica que la dinámica de una enfermedad, aunque es evidente que existe la enfermedad cancerosa.

Las anomalías celulares del cáncer son imprescindibles para hacer el diagnóstico y es imprescindible que sea anatomopatológico. Sin embargo, si la lesión afecta exclusivamente a unas pocas células, existen varias posibilidades:

- I. Que el organismo las elimine sin más,
- II. Que dejen de crecer espontáneamente,
- III. Que se multipliquen muy lentamente y las manifestaciones clínicas de la enfermedad tarden mucho en aparecer, más allá de la esperanza de vida del paciente, o

- IV. Que esas células sigan proliferando rápidamente hasta llegar a producir un cáncer con manifestaciones clínicas y ya sin control (ver la figura 1 de la referencia 146).

De ahí que en Corea muchos médicos recomienden que no se deba buscar o tratar un cáncer papilar de tiroides que no produzca síntoma alguno: Porque la definición que se ha usado más arriba es una definición anatomopatológica, no es una definición clínica.

Method	Example
Avoid certain diagnostic tests or screening	Systematic screening for prostate cancer by PSA measurement [9] Scan of the entire body to search for non-specific abnormalities See also Choosing Wisely Initiative (www.choosingwisely.org) [28]
Reduce the frequency of screening test	Breast cancer screening every 2 years instead of every year [18]
Targeted screening	Screening for familial hypercholesterolaemia in children with a typical family history Lung cancer screening in heavy smokers
Inform the patient of the possibility of overdiagnosis and the balance between the benefits and risks of screening; to help make an informed and shared decision [51]	Screening for breast cancer with mammography: mortality benefit vs harms of overdiagnosis [14–16]
Anticipate the consequences of abnormalities discovered following a diagnostic test or screening	Renal mass discovered on an abdominal CT: plan monitoring, additional tests, and treatment if necessary
Screening with combined diagnostic and prognostic tools (biomarker, personalised medicine) [43, 45, 53]	Test for cancer susceptibility biomarkers; tailor prevention and screening according to the risk of cancer [43, 45, 53]
Prognosis estimation to decide whether or not to screen and treat	Cardiovascular risk estimation based on age or on the basis of a clinical score (e.g., Framingham)
When assessing a risk factor, consider the absolute risk of disease associated with this factor and expected absolute risk reduction through intervention or treatment	The relative increase in the cardiovascular risk associated with high cholesterol is similar in old people and in young people compared to same age people with low cholesterol. However, the absolute increase in the risk and the benefits of treatment are low in young people with high cholesterol
Avoid conflicts of interests in guideline panel committees	Mandatory declaration of conflict of interest and exclusion of experts with health industry financial ties
Change terminology for conditions with a high probability of indolence to prevent overtreatment [53]	Cancer vs indolent lesions of epithelial origin (IDLE) [53]

(Tabla 2, según referencia 157). Intervenciones para prevenir el sobrediagnóstico.

En definitiva para minimizar los efectos negativos de las nuevas tecnologías:

- Se debe concienciar a médicos y pacientes de los peligros de sobrediagnosticar y sobretratar.
- Evitar realizar pruebas diagnósticas innecesarias o no dirigidas.
- No hacer cribados que no hayan demostrado el beneficio.
- Combatir la cultura del *más es mejor*.
- Educar a los pacientes en relación a los peligros del sobrediagnóstico y sobretratamiento.
- Desvelar los conflictos de interés de los expertos que elaboran las guías, directrices o algoritmos diagnósticos o terapéuticos.

8.4. Consecuencias de la Medicina Defensiva positiva

Las consecuencias del ejercicio de la medicina defensiva sobre la seguridad o sobre el bienestar del paciente son aspectos menos conocidos o menos valorados por el gran público pero sin duda trascendentes.

Table 3 Defensive medicine—A summary of perceived benefits and dangers

Perceived benefits
1. Reduces potential for medical liability claims against practitioner.
2. Reduces patient claims of medical inaction to their condition.
3. May identify a disease/disorder that might otherwise be missed should a more limited investigation be undertaken.
Perceived dangers
1. Significant likelihood of identifying a false disease/disorder that patient does not actually have.
2. This may subsequently lead to more (unnecessary) investigations, potentially increasingly invasive.
3. Alternatively/additionally, this additional investigation may lead to unnecessary delays in necessary procedures/surgery.
4. Overutilization of diagnostic resources and unnecessary increases in health care costs.

(Según referencia 138)

Resumen de los beneficios y de los peligros asociados a la Medicina Defensiva.

Algunos ejemplos (137, 138, 142, 157):

- a. La sobreexposición a los Rayos X parece estar correlacionada con un cáncer futuro y con la mortalidad atribuida a las neoplasias, a pesar de lo cual el número de exploraciones crece cada año. A este crecimiento también contribuye la variabilidad diagnóstica (195), es decir, llegar al mismo diagnóstico utilizando diferentes herramientas.
- b. Los efectos adversos ligados al acto médico: la medicación, las pruebas, el riesgo de infección de herida quirúrgica o de hemorragia. Estos riesgos existen tanto si el tratamiento está indicado, porque se espera un beneficio, como cuando es un tratamiento o una prueba diagnóstica innecesaria.
- c. El sufrimiento moral del paciente a consecuencia del diagnóstico, la ansiedad o la incertidumbre.
- d. Otro aspecto poco considerado y mal cuantificado es el riesgo para los profesionales sanitarios: los accidentes laborales de los profesionales sanitarios al realizar las pruebas: exposición a líquidos biológicos de la piel, las mucosas o parenteral, las caídas o el desgaste moral.
- e. Los cambios en el estándar de estudio o de tratamiento de algunas patologías: por ejemplo, en el estudio de la lumbalgia la práctica de una RNM no se recomienda en todos los casos pero es una práctica habitual como medicina defensiva con lo cual, a pesar de no considerarse el estándar, se acaba realizando a la gran mayoría de personas que sufre lumbalgia y se acaba convirtiendo en el estándar (139).

8.5. La medicina defensiva negativa

A la medicina defensiva se la llama negativa cuando en la práctica profesional se elude las situaciones de riesgo, se rehúye a los pacientes con patologías más comprometidas o complejas o los procedimientos que entrañan un riesgo mayor e, incluso, se llega a evitar las zonas geográficas más conflictivas (137, 147). Este razonamiento de defensa se extiende a los estudiantes de medicina condicionando la elección de una especialidad.

En EEUU las reclamaciones judiciales contra los médicos en las cuales gana el demandante constituyen alrededor del 30%, aunque el porcentaje es mayor en caso de muerte del paciente. La cuantía de las indemnizaciones es variable pero en cualquier caso importante, en el artículo de Candice Kim y MIaden I.Vidovich sobre las reclamaciones a la cateterización cardíaca (150) la media oscila entre 230.000\$ y 270.000\$ dependiendo del tipo de negligencia y de las

consecuencias sobre el paciente. Similares resultados se obtienen en las reclamaciones a los servicios de urgencias (151). No obstante, a pesar de que el número de reclamaciones que acaban en la condena del médico sea inferior a un tercio, la experiencia es traumática para el profesional y puede llegar a ser devastadora. El número de reclamaciones a médicos de una misma especialidad y la cuantía de las indemnizaciones otorgadas en los juicios por negligencia condicionan el valor de las primas de seguros de responsabilidad civil, que en algunos casos son tan elevadas que limitan la patología que se atiende en el área. Los médicos de algunas especialidades “de mayor riesgo” reaccionan evitando llevar a cabo los actos médicos con mayor porcentaje de denuncias o que implican un mayor riesgo para el paciente y por lo tanto son más susceptibles de malos resultados y de acabar en un juzgado e incluso impulsa a los médicos a cambiar su lugar de residencia. Esta situación genera desatención que se subsana ofreciendo alternativas terapéuticas o diagnósticas o el traslado a otros lugares mejor provistos en cuanto a equipamientos sanitarios. Dos ejemplos:

- a. En un condado de Pennsylvania (EEUU), en el condado de Chester, la escasez de neurocirujanos relacionada con la cuantía de las indemnizaciones en caso de mala praxis, imposibilita que funcione un servicio de atención disponible a tiempo completo lo cual provoca que las personas que sufren un traumatismo craneoencefálico tributario de atención neuroquirúrgica urgente deben ser trasladadas a otros condados con la subsiguiente demora en la atención y con el posible agravamiento del estado del paciente durante el traslado e incluso la muerte (139).
- b. En EEUU comparando las primas de seguros de responsabilidad civil de los profesionales sanitario en los estados donde la prima del seguro de los obstetras es superior a 100.000\$ frente a aquellos estados donde la prima es inferior a 50.000\$, se observa que donde la prima es más elevada disminuye el número de partos vaginales postcesárea y el número de partos instrumentados, de tal manera, que pocos hospitales ofrecen la posibilidad de parto vaginal a las mujeres con un parto previo por cesárea. Esta situación tiene consecuencias trascendentes:
 - I. Obligar al parto por cesárea,
 - II. Pérdida de pericia profesional para atender los partos vaginales y los instrumentados por parte de los obstetras y del resto de profesionales que atienden un parto,
 - III. Medicalizar el nacimiento y,
 - IV. Elevar el coste económico de la atención sanitaria (147).

El miedo al juicio tal vez no induzca muchas cesáreas pero sí evita muchos partos vaginales.

De manera general, cuanto mayor es la prima de seguros de responsabilidad civil, más difícil es el acceso a algunos cuidados sanitarios, más cara es la asistencia y más repercusión tiene sobre el cuidado (en los ejemplos citados: abandono del parto vaginal, escasez de profesionales en neurocirugía, traumatología de urgencias) (267).

8.6. Consecuencias de la Medicina defensiva negativa

Entre las consecuencias se van a comentar cinco que merecen ser destacadas por su repercusión en: a) la escasez de profesionales, b) el acceso a los cuidados sanitarios, c) la pericia de los profesionales, d) la formación de nuevos profesionales y e) los estándares de diagnóstico y tratamiento.

El ejemplo a) del apartado anterior ilustraba de qué modo la escasez de médicos especialistas en neurocirugía en el condado de Chester de Pennsylvania (EEUU) resultaba en que no hubiese atención neuroquirúrgica urgente en esa zona. El miedo a las reclamaciones judiciales, la cuantía de las indemnizaciones y de los seguros de responsabilidad civil están en el origen de la escasez de profesionales que prefieren emigrar a otras zonas donde se den condiciones más favorables. El acceso limitado también es fruto del rechazo a realizar ciertos procedimientos debido a que al ser más complejos o dejar las secuelas más invalidantes, es mayor riesgo de litigación; en el ejemplo citado en Pennsylvania, es más fácil encontrar neurocirujanos que operen la columna vertebral que los procesos intracraneales. Las consecuencias del abandono de algunos procedimientos conllevan una pérdida de pericia profesional de aquellas prácticas que dejan de hacerse lo cual va en detrimento del conocimiento en esa área geográfica además de provocar una falta de atención sanitaria para determinadas patologías o desplazamientos obligados para ser atendido.

Otra consecuencia de la Medicina Defensiva es la creación de nuevos estándares de atención a los pacientes con algunas patologías (139 (147)). La presión que ejerce el temor a las reclamaciones judiciales cambia el tipo de actividad que practican los médicos. Y el cambio no viene motivado por la nueva evidencia científica sino, como muestra el ejemplo del estudio de los partos vaginales después de una primera cesárea (147), que viene motivado por la actitud de defensa.

Estos hechos son preocupantes ya que las instituciones optan por evitar unos procedimientos médicos bien reconocidos y aceptados por la profesión, en lugar de ocuparse, por un lado, en promover actuaciones más seguras para los pacientes que eviten efectos adversos y, por otro, en promocionar actuaciones más protocolizadas que confieran seguridad jurídica a los médicos (150, 151).

8.7. Medidas para evitar la Medicina Defensiva

Cortar con la Medicina Defensiva no es fácil ya que impregna la práctica asistencial en todos los países. Las medidas no pueden ser individuales, han de ser colectivas e implicar a los médicos, las instituciones, el estado y la sociedad. Las medidas ideales son las que incorporan la obligación moral colectiva (profesionales sanitarios, instituciones, estado, sociedad) de no causar daño, la exigencia de mantener elevado el nivel de formación de los profesionales sanitarios y de respeto de la evidencia científica y la educación de los pacientes sobre su salud.

Las medidas que se han propuesto, se pueden condensar en los siguientes cinco grupos:

- a. Gestión de la política de errores médicos: Los errores médicos son una fuente de lesiones graves e incluso de muerte (146, 155) y también el origen de muchas reclamaciones. En la práctica asistencial se distinguen tres tipos de errores médicos:
 - I. Los que no son atribuibles a los profesionales o al sistema como cuando un paciente no acude a una cita con el médico,
 - II. los relacionados con el sistema como los atribuibles a las listas de espera o la distribución desigual de los recursos y
 - III. los relacionados con la falta de conocimientos de los profesionales sanitarios.
- b. El origen del error puede ser humano o del sistema pero para manejarlos adecuadamente la responsabilidad es de las instituciones que deben establecer una política de errores que

englobe a todos los protagonistas implicados: a la propia institución, al profesional y al paciente.

- c. La responsabilidad institucional ha de fomentar una cultura capaz de:
- I. Enfrentarse a la complejidad de la atención sanitaria actual (multidisciplinar, tecnológica, altamente especializada, de coste elevado).
 - II. Ofrecer foros de discusión entre colegas en los cuales se debata sobre las dificultades de la atención, sobre los errores y la forma de evitarlos, corregirlos, asumirlos y comunicarlos.
 - III. Delimitar la responsabilidad de cada uno de los participantes en la atención sanitaria, evitando que quede diluida en un grupo y por lo tanto que nadie se haga cargo del problema.
 - IV. Crear las estructuras que consigan que los profesionales se sientan apoyados dentro de la institución y frente a las reclamaciones.
 - V. No culpabilizar al profesional. Este es un objetivo que se puede conseguir en el seno de una institución pero que es muy difícil de conseguir socialmente. El *National Health Service* (NHS) del Reino Unido ha trabajado para conseguir una cultura de no culpabilizar a los profesionales involucrados en errores, pero los resultados de una encuesta llevada a cabo con 300 profesionales muestran que solo 29 entre 202 que contestaron, sentían que trabajaban en una cultura de no culpabilización (ver tabla 2 referencia 137).

Table 2 Awareness of defensive medicine and related experience

Awareness and experience	Count (n)	Percentage (%)
Awareness of defensive medicine	182	89.2%
Think legal claims against doctors are increasing	185	90.6%
Has an indemnity covers (MPS / MDU / other)	184	90.2%
Direct experience of litigation (i.e. been sued)	29	14.2%
Believe in working in blame free culture	29	14.2%

(Tabla 2. Según referencia 137).

- a. Transparencia hacia los pacientes o, en su defecto, a los familiares o representantes. Lo cual significa comunicar los errores y hacerlo de manera honesta y que el paciente o su representante comprenda esa información,
- b. de ayuda tanto al paciente que sufre el error como al profesional que ha participado en el proceso y también lo padece, ya que los errores médicos provocan dos víctimas, el paciente y el profesional sanitario.
 - I. Se debe compensación por los daños causados y,
 - II. Se han de crear las estructuras necesarias para que los errores no lleguen al paciente (148, 155).

Una parte del problema reside en que se enfatizan los riesgos de las demandas judiciales y se subestima la incidencia real de deficiencias en el cuidado de los pacientes o en la documentación de las historias clínicas (148). Estos dos últimos aspectos del problema son responsabilidad de las instituciones y de los profesionales. La subsanación de ambas deficiencias, esmerando el cuidado de los pacientes y la documentación, constituye una obligación moral ya que su objetivo es evitar el daño a pacientes y profesionales, además de ser una buena estrategia para prevenir las reclamaciones.

Current Approach	New Rule
Care is based primarily on visits.	Care is based on continuous healing relationships.
Professional autonomy drives variability.	Care is customized according to patients' needs and values.
Professionals control care.	The patient is the source of control.
Information is a record.	Knowledge is shared and information flows freely.
Decision making is based on training and experience.	Decision making is based on evidence.
"Do no harm" is an individual responsibility.	Safety is a system property.
Secrecy is necessary.	Transparency is necessary.
The system reacts to needs.	Needs are anticipated.
Cost reduction is sought.	Waste is continuously decreased.
Preference is given to professional roles over the system.	Cooperation among clinicians is a priority.

(Según referencia 155)

Actualmente se ha incorporado la perspectiva del paciente en la política de errores como lo atestigua la nueva definición de error de diagnóstico (155): "El fracaso en establecer una explicación oportuna y precisa del problema de salud del paciente o en comunicar esta explicación al paciente". El estándar del diagnóstico ha de incluir no sólo explicar el problema de salud desde la perspectiva de los conocimientos médicos sino que también incluye la obligación de informar verazmente al paciente o a su representante. Esta definición contribuye a situar al paciente y a la información que recibe en el centro de la atención sanitaria. La paridad que establece entre la explicación del problema de salud y la comunicación del problema de salud al paciente otorga el protagonismo a la educación de los pacientes que exige la autonomía (toma de decisión).

El resto de medidas y la orientación de la política de errores solo pueden llevarse a cabo con el respaldo de la sociedad:

- a. Reformas legales para que haya un número menor de juicios y facilitar los acuerdos extrajudiciales. Estas reformas deberían ser capaces de facilitar:
 - I. Una rápida identificación de las fuentes de error,
 - II. Declararlos de manera similar a como se hace con otros efectos adversos ligados a la atención sanitaria como la infección nosocomial o las caídas y
 - III. Estudiarlos, analizarlos y aprender de los errores (153).
- b. Implementar un seguro de indemnización a los pacientes para protegerlos de manera preventiva de las pérdidas personales causadas por las intervenciones médicas. Esta medida encauzaría las reclamaciones y las indemnizaciones y podría crear un marco económico adecuado y sostenible. Pero no está claro que actuase sobre el fondo del problema que es: cualquier actividad humana es susceptible de error y que las negligencias o los fallos institucionales existen. Además estaría por ver si esta medida no contribuiría a irresponsabilizar a los profesionales y a las instituciones ya que, con ese

seguro, el problema adquiriría una vía de solución propia que, claro está, debería ser reglamentada. Porque, como veremos más adelante, la solución del problema no es simplemente económica.

- c. Poner límites a los daños no económicos como se hace en algunos estados de EEUU. La dificultad nace de otorgar un precio al sufrimiento, ya que implica medir el daño moral, discernir si no es fingido y qué método usar para calcular la indemnización y de qué tipo. En realidad la pregunta que se formula es: cómo convertir el sufrimiento o el daño moral en un dato objetivo y en una cantidad de dinero. Esta línea de argumentación recuerda lo que se ha llamado peligro moral de los seguros: suponer que el damnificado simula o falsea un siniestro para percibir la indemnización.
- d. Formación de los médicos, no solo incluyendo estas materias en los currículum de los médicos sino que, como muestra la encuesta llevada a cabo en el Reino Unido (137), los médicos con más experiencia profesional (seniors) son los que menos uso hacen de la medicina defensiva.

La Medicina Defensiva es una práctica habitual según los resultados de las encuestas que muestran que un gran número de profesionales admiten haber practicado medicina defensiva en alguna ocasión.

Por ejemplo, una encuesta realizada en el Reino Unido a 300 profesionales (137) a la cual respondieron 204 médicos (68% de los encuestados) mostró que 78% admitían practicar algún tipo de medicina defensiva, la más común era solicitar pruebas innecesarias (59%) seguida de la solicitud de consulta a otros servicios (55%); el rechazo a tratar a pacientes de alto riesgo fue admitido por el 9% de los encuestados y 21% evitaban realizar prácticas que entrañasen un riesgo alto; como ya se ha dicho, los encuestados con más años de ejercicio profesional, los seniors, son los que menos admitían practicar una medicina defensiva. Otro dato importante es el número de tratamientos prescritos por razones defensivas, en el estudio descrito del Reino Unido entre el 29 y el 21% de los encuestados admitían prescribir tratamientos innecesarios, lo cual significa efectos adversos y coste. Los resultados de la encuesta están limitados por el pequeño número de encuestados y que solo se incluyeron médicos de tres hospitales, no obstante aporta una muestra de lo que ocurre en ese medio. En el estado de Pennsylvania (EEUU), en 2003, se realizó una encuesta entre médicos de las 6 especialidades con más pleitos (medicina de urgencias, neurocirugía, ginecología y obstetricia, cirugía ortopédica, radiología y cirugía general). Contestaron la encuesta 824 médicos (65% de los encuestados) de los cuales 92% admitían practicar medicina defensiva tal como solicitar pruebas, hacer procedimientos diagnósticos o solicitar consultas a otros especialistas; 42% habían limitado su actividad profesional para evitar los procedimientos que más reclamaciones judiciales provocan (cirugía traumatológica) o que evitaban a los pacientes con problemas médicos complejos o los que parecían más litigantes (267).

Este tipo de ejercicio de la medicina no se limita a los países occidentales, lo describen también los profesionales de países y culturas distintas: en EEUU 96% de los neurocirujanos admiten practicar una medicina defensiva, en Italia 94% de los gastroenterólogos, 83% de los cirujanos y anestesistas, en Japón 98% de los gastroenterólogos. Aunque los números reales son difíciles de establecer porque no existe un buen modelo de medición (137, 142, 149). Pero en definitiva, es una práctica tan común (140, 149, 152) que cabe preguntarse si no se ha convertido en la práctica estándar.

Si llegamos a la conclusión de que la medicina defensiva forma parte del estándar del ejercicio profesional fruto de los factores que se han ido analizando a lo largo del capítulo, lo importante

ahora es examinar las consecuencias de este tipo de práctica profesional y ver si lesionan al paciente, a la profesión o a la sociedad. Y en caso necesario, cómo remediarlo.

Hasta ahora se han presentado varios efectos del ejercicio defensivo de la medicina:

- a. Sobre el diagnóstico y tratamiento cuya desviación lleva al sobrediagnóstico y sobretratamiento.
- b. Las consecuencias negativas sobre el acceso a los cuidados profesionales cuando se rechazan algunas intervenciones de mayor riesgo o a algunos pacientes, como el caso de los neurocirujanos en Pennsylvania o el de los obstetras y el parto vaginal después de una cesárea previa. En este sentido la medicina defensiva negativa genera problemas de acceso a los cuidados profesionales y origina problemas de beneficencia y justicia.

Pero qué ocurre con el gasto sanitario. El ejercicio de una medicina defensiva ha sido acusado de disparar los costes sanitarios y, por todo lo dicho anteriormente, parecería que ha de ser así. La repercusión de la Medicina Defensiva en el gasto sanitario resulta dificultoso de conocer ya que la reseña de los costes está dispersa en capítulos económicos diferentes y entremezclados con otros actos que no son defensivos. El estudio de Anupam B. Jena *et al.* (268), relaciona el coste de la asistencia de un paciente ingresado con las reclamaciones judiciales al médico responsable del ingreso o el número de cesáreas con el número de reclamaciones a un obstetra. Los resultados de este estudio llevado a cabo en Florida que incluye 24.637 médicos, 18.352.391 ingresos hospitalarios y 4.342 reclamaciones judiciales muestran que los médicos que consumen más recursos reciben menos reclamaciones e igualmente los obstetras que más cesáreas practican son los que menos reclamaciones reciben. Este estudio está limitado porque no aporta la gravedad de las enfermedades tratadas por los diferentes médicos, ya que la gravedad justifica un aumento del gasto sanitario, ni tampoco especifica si el consumo de recursos está relacionado con la medicina defensiva. Pero sí destaca un dato: el médico que gasta más en pruebas o el obstetra que practica más cesáreas es el que menos reclamaciones judiciales recibe.

Uno de los métodos utilizados en EEUU para determinar el gasto atribuible a una práctica defensiva de la Medicina es la comparación del gasto antes y después de la introducción de medidas legislativas que regulan la responsabilidad por daños. Esos estudios no confirman la impresión inicial de que la regulación de la responsabilidad por daños causados en el ejercicio profesional enlentece el crecimiento del gasto sanitario de manera considerable. Sin embargo, lo que cabe preguntarse es cuál es el objetivo de esa regulación:

- a. Conseguir disminuir el gasto sanitario o
- b. Regular la práctica asistencial para aumentar la seguridad de los pacientes y de los médicos (136, 142).

Aunque estos resultados, es decir, la poca disminución del gasto, tal vez lo que muestran es que la regulación no cambia la manera de trabajar de los médicos y que la cultura de la Medicina Defensiva está bien incrustada en el ejercicio profesional. El papel de la Medicina Defensiva en el crecimiento de los costes no es el único factor a tener en cuenta, se debe considerar además: a) la población atendida, b) la estructura de los servicios sanitarios, c) los aspectos culturales y educativos, d) los aspectos inherentes al ejercicio de la medicina como la variabilidad diagnóstica que también puede interpretarse como medicina defensiva, e) la pericia profesional, f) las curvas de aprendizaje de los profesionales, g) el razonamiento basado en la probabilidad o h) los conocimientos médicos cuya certidumbre, en algunas enfermedades, se basa en sumas de criterios y escalas.

De todo ello podemos concluir que los argumentos contra la práctica de Medicina defensiva no han de ser solo económicos sino que han de incluir dos aspectos que afectan a cada uno de los actores de la relación médico-paciente:

- a. La seguridad global del paciente (protocolos y directrices de actuación fundamentados en la medicina basada en la evidencia, efectos adversos de las pruebas y secuelas relacionados con los exámenes médicos y tratamientos) y
- b. La seguridad jurídica y profesional de los médicos, de tal manera que ejercer la medicina no sea una profesión de riesgo (148).

La Medicina Defensiva es una realidad hasta cierto punto inevitable porque los médicos y los pacientes se ven doblemente presionados: por la sociedad (industria sanitaria, cultura sobre la salud y la enfermedad, medicalización de la vida) y por la enfermedad y el miedo a sus consecuencias (sufrimiento, dolor, secuelas, dependencia, discapacidad, pobreza, aislamiento social, estigma). Pero las presiones pueden ser atemperadas mediante el conocimiento, la cultura de la salud y de lo saludable o mediante recursos legales y, sobretodo, deben serlo para evitar los daños provocados por el ejercicio defensivo de la medicina sobre el paciente, el médico y la sociedad.

CONCLUSIONES

A. DE CARÁCTER GENERAL:

1. La RMP es una relación interpersonal, en la cual participan el paciente y el profesional sanitario, que está sometida a una nube de injerencias externas consecuencia de los múltiples intereses en juego, intereses que están relacionados con los citados protagonistas, con los conocimientos de la Medicina y con el marco socioeconómico.

Para la atención sanitaria, el encuentro entre el paciente y el profesional constituye la primera etapa de la atención a partir de la cual puede generarse una relación interpersonal, la RMP, que se va a desarrollar en tres *dimensiones*, que coexisten indisolublemente: la humana, la económica y la social. Desde fuera de la RMP, y también desde dentro, se presiona para que la relación interpersonal se amplíe y en ella se instalen terceras personas con voz y voto. De la RMP se derivan resultados, entre los cuales, la *continuidad*, la *satisfacción*, el diagnóstico, el tratamiento o el acceso a los recursos sociales. Estos resultados interactúan entre sí y con las injerencias externas que pretenden modificarlos.

2. La RMP es un proceso con dos componentes, el personal y el técnico. Al desvelar la realidad oculta que es la enfermedad, la RMP se proyecta hacia el futuro puesto que de la enfermedad emergen consecuencias, necesidades de tratamiento y uso de los recursos sociales, así como un pronóstico y un seguimiento.

El hecho de considerar la RMP como un proceso permite subrayar su capacidad de adaptación en el tiempo y en el espacio, la capacidad de situar al paciente en la realidad, y la de producir resultados en términos de salud, de relaciones humanas, económicos y sociales. La necesidad de adaptación inherente a todo lo que se desarrolla en el tiempo implica actualización e innovación y, dado que se aplica de modo individual, también supone incertidumbre y variabilidad personal. Y todo ello, en un entorno socioeconómico, sobre un individuo enfermo, sujeto de derechos, cuyas necesidades de atención pueden ser inmediatas y a largo plazo, variables a lo largo de la vida y con un grado de minusvalía asociado a la enfermedad que va de cero por ciento a cien.

3. Sobre la RMP se ejercen presiones que pretenden dirigirla pero, frente a ellas, se debe encontrar un equilibrio si se quiere lograr una atención centrada en el paciente y en sus intereses que, al mismo tiempo, tenga en cuenta los de la sociedad sin que estos supediten la RMP.

Para conciliar las tensiones es preciso: acomodar la RMP en el tiempo; armonizar la accesibilidad, la fragmentación, la complejidad y la continuidad; conseguir fuentes independientes de financiación que no condicionen la RMP en detrimento del paciente, ni tampoco dañen la formación de los profesionales ni la investigación, y minimizar los riesgos de la práctica defensiva de la Medicina.

Las tensiones dentro de la RMP generan retos que deben ser resueltos para poder satisfacer las necesidades de las personas enfermas y defender sus intereses, y para que la imagen de la profesión ante la sociedad sea la de una profesión en la que se puede confiar y no una profesión mercantil, afianzada en sus privilegios, que busca su propio beneficio y que considera secundario el interés del paciente y su rol en la sociedad.

Estas tensiones internas de la RMP se originan por distintos motivos: en la atención clínica, al oponer *seguridad* o eficiencia a innovación, *continuidad*, accesibilidad, complejidad o *fragmentación*; cuando la RMP se enfrenta al intento de supeditarla a decisiones organizativas o políticas; para asegurar la independencia y neutralidad del profesional, frente a las presiones económicas, legales o de la organización; para conservar la confianza del paciente y evitar que primen los intereses de terceros.

4. La RMP debe contribuir a mitigar, y cuando sea posible, eliminar los determinantes socioeconómicos de la salud.

La RMP está sujeta a presiones económicas, ideológicas, religiosas y legislativas cuyo objetivo es doble: uno, limitar el alcance de la propia RMP a partir de las prestaciones que se derivan, y, dos, dirigir la relación en la dirección que quiere el financiador. Muchas de las presiones externas son económicas y pretenden transformar la RMP en una mera relación comercial, una relación entre un consumidor y un proveedor sanitario, que carece de las obligaciones deontológicas de los profesionales de la sanidad, o en un simple trámite para acceder a una prescripción o a una prestación social o, en todo caso, sometida a las funciones que le atribuye el pagador de la RMP.

5. Promover una atención lo más segura posible es un imperativo moral, profesional y legal. Por ello, los resultados de la RMP deberán ser seguros, beneficiosos y eficientes, para el paciente, el médico y la sociedad.

El concepto de seguridad clínica se debe aplicar a todos los ámbitos del ejercicio profesional. En consecuencia, la prevención del daño ligado a los efectos adversos de la práctica asistencial se debe incorporar a la atención sanitaria y ese hábito preventivo se debe integrar en los estándares profesionales de trabajo.

El concepto de seguridad clínica no es un producto derivado de la RMP sino un elemento necesario para disminuir, y, en el mejor de los casos, evitar, el riesgo asociado a la atención sanitaria. La seguridad abarca todos y cada uno de los ámbitos de la asistencia sanitaria.

6. Los conocimientos de la Medicina confieren, como es sabido, poder, autoridad y prestigio a los médicos ya que, al aplicarlos, logran curar, paliar y prevenir la enfermedad o la discapacidad, aliviar el dolor y el sufrimiento, alejar la muerte o procurar que sea plácida. Ahora bien, el uso de dichos conocimientos fuera de la RPM, uso que se beneficia de la confianza del paciente y de la sociedad en el médico y en la profesión médica, puede lesionar gravemente al paciente, al médico y a la sociedad.

Ese uso debe ser ponderado por el médico, poseedor de los conocimientos necesarios para descubrir la enfermedad y para valorar la relación entre el riesgo y el beneficio asociados al diagnóstico y/o al tratamiento. El sobrediagnóstico y el sobretratamiento, productos de la RMP, constituyen dos de esos peligros.

Además de ser usados en el ámbito de la atención sanitaria, los conocimientos de la medicina y la confianza en el médico y en la profesión, se usan para fines de seguridad pública, policiales o militares, y, asimismo, para dar fe de un nacimiento o una muerte o para hacer peritajes. Existen organismos profesionales e internacionales (Asociación Médica Mundial, entre muchos otros) que han elaborado documentos de recomendaciones y normas, para apoyar la negativa de los profesionales a utilizar los conocimientos de la Medicina cuando creen que dañan a las personas.

Para compensar la asimetría en la RMP se utilizan varias acciones: compartir los conocimientos de la medicina, ofrecer garantías para la confianza del paciente y reforzar la obligación de que cualquier decisión que afecte al paciente ha de incorporar su voluntad o como mínimo él ha de conocerla.

7. En la toma de decisiones en la RMP se producen, ineludiblemente, conflictos de interés, vinculados a la financiación y/o a la promoción laboral o académica, que ponen en entredicho la credibilidad de la actividad de los profesionales.

Los conflictos de interés no deben ser tratados como un problema de conciencia individual sino que deben resolverse socialmente, evitando que se puedan producir, es decir, haciendo que sea incompatible la acumulación de cargos.

La política sobre los conflictos de interés debe ser útil y aplicable y debe contemplar la autodeclaración (el valor de la palabra), el reclutamiento de expertos, los criterios de exclusión del profesional, y, de manera concomitante, debe ofrecer la oportuna formación a los que van a aplicar esa política.

Los conflictos de interés nacen cuando la actividad del médico puede estar condicionada no por el interés del paciente, sino por otros intereses que signifiquen un beneficio para el profesional, ya sea económico, de promoción profesional, social o de prestigio. La sola sospecha de que la decisión que toma el médico esté subordinada a un interés secundario (el primario sería el interés del paciente) es suficiente para cuestionar la confianza en el profesional y suponer que, en realidad, el interés primario es ahora el propio y no el del paciente y, por lo tanto, para dudar de la integridad o de la imparcialidad de la decisión.

La actividad del médico es variada y, por tanto, susceptible de toparse con conflictos de interés: la prescripción de exploraciones, terapias o visitas; la labor de experto, de investigador o de docente, financiado por la industria directamente o a través de regalos. Algunos países han legislado en ese sentido, creando registros públicos donde, anualmente, quedan reflejados todos los presentes de la industria a los profesionales.

Las publicaciones científicas también han elaborado políticas de obligado cumplimiento para excluir algunos trabajos si existen conflictos de interés. Una práctica habitual en las revistas científicas es obligar a los autores a revelar sus intereses financieros cuando escriben un artículo o cuando actúan de expertos para elaborar unas directrices de diagnóstico o tratamiento. Sin embargo, aunque esa declaración crea una falsa sensación de seguridad porque el lector conoce los compromisos del autor, lo cual constituye una prueba de transparencia y honestidad, esto no resuelve el problema de la parcialidad porque, a pesar de todo, el problema del sesgo persiste.

Por su parte la industria farmacéutica ha elaborado códigos de buenas prácticas que están vigentes en algunos países (miembros de la UE, EEUU).

B. DE CARÁCTER ESPECÍFICO

SOBRE LA CONTINUIDAD

1. La continuidad es un resultado intrínseco de la RMP, capaz de condicionar al resto de productos de la misma, y que implica al paciente, a los profesionales, a las instituciones, al sistema y a la política sanitaria. La experiencia de la continuidad es la de interconexión y coherencia con las necesidades asistenciales, interconexión entre todos los que participan y coherencia, asimismo, entre las necesidades y la situación clínica.

La *continuidad* es un resultado de la RMP que el paciente vive como una experiencia individual y que le proporciona una visión transversal, que no se refiere a la calidad técnica de la atención sino al puente que une la atención de un proveedor sanitario con la del anterior y la del siguiente. Y, al contrario, los pacientes experimentan la falta de *continuidad* en la asistencia como causa de desatención e, incluso, cuando el profesional es un desconocido, con falta de *seguridad*. Esta experiencia individual de continuidad, cuando es favorable, logra que el paciente se vea como el protagonista de la situación, como una persona a la cual el sistema sanitario ayuda a afrontar la enfermedad. Además, gracias a la *continuidad* se alcanzan mejores resultados de salud y se contribuye a contener los costes.

Para el paciente, además de la visión transversal antes citada, la experiencia de la *continuidad* aporta dos valores cualitativos más: la suma de conocimientos necesarios para asumir y afrontar la enfermedad, en particular la situación de final de vida; y los interlocutores profesionales elegidos por él mismo, a los que se ve unido por una relación de confianza forjada a lo largo de las visitas sucesivas.

2. La complejidad de la asistencia sanitaria (continuidad, participación de múltiples profesionales, disponibilidad temporal, atención universal, etc.) conduce a nuevas formas de organización que, a veces, incorporan nuevas profesiones asociadas a la sanidad (facilitadores de la asistencia, gestores de casos, grupos de cuidados, ACO norteamericanos, etc.) para solventar los problemas que plantea la atención.

Esa complejidad de la asistencia, junto con la fragmentación de los cuidados, la presión asistencial y la falta de tiempo, provocan por lo menos tres efectos: que se tienda a sustituir la relación personal por algo falsamente neutral y solo aparentemente objetivo, como la tecnología; que se enmascare la falta de relación personal con la subjetividad de la autonomía del paciente que, a menudo, es falsa; y, que se introduzcan otros nuevos profesionales en la atención, sin vínculos previos con la sanidad.

El elemento tecnológico introduce objetividad pero, a su vez, abre una vía de acceso a la relación comercial.

La complejidad asistencial es fruto de los problemas causados por la enfermedad y de su tratamiento. Del mismo modo que se resuelven problemas relacionados con ella, aparecen otros nuevos que obligan, a su vez, a diversificar la atención entre distintos profesionales. Para abordar esa complejidad se requieren cambios en las formas de organización, como, por ejemplo, los introducidos por la aplicación de la tecnología, los robots telefónicos o los dispositivos del tipo de compresores de oxígeno o la CPAP⁸⁹; se necesita la introducción de nuevas maneras de llegar

⁸⁹ Continua Presión de Aire Positiva para tratar las apneas del sueño

al diagnóstico, como las técnicas de endoscopia; de nuevos tratamientos, como los medicamentos de reciente aparición con una única diana terapéutica; o los dispositivos nuevos, que necesitan instrucciones y aprendizaje, y la creación de nuevas profesiones, a saber: gestores de casos, facilitadores, entrenadores personales, ayudantes comerciales para insertar una prótesis, vendedores de dispositivos. Todos esos cambios inciden, lógicamente, sobre la atención clínica: alejan a los médicos de los pacientes poniendo intermediarios, restringen el área de trabajo de la práctica médica, desresponsabilizan al médico de una parte de la atención, la burocratizan, e instauran nuevas barreras de acceso a los cuidados, a todo lo cual se suma el auge del prestigio de las nuevas tecnologías que acaparan una parte de la confianza que antes se tenía en el médico.

3. Si la organización sanitaria abandona el objetivo de continuidad, se fragmenta la atención porque cambia la experiencia del paciente que, entonces, percibe la atención como una suma de cuidados ofrecidos por diferentes proveedores sanitarios a los cuales llega remitido por uno u otro profesional, pero sin que ninguno dirija y centralice la atención y sea, junto al paciente, el destinatario de toda esta información.

La fragmentación de la asistencia y de la responsabilidad del médico van unidas puesto que, en una atención fragmentada, cada profesional asume exclusivamente la responsabilidad de su porción pero ninguno se siente responsable de la atención integral, es decir, ninguno atiende al paciente, sino que cada uno atiende su parcela del problema de salud del paciente. En estos casos incluso se profesionaliza la relación personal, o se medicaliza, y aparecen intermediarios para gestionar los múltiples fragmentos. Todo lo cual repercute sobre los resultados de la RMP, los costes de la asistencia, la eficiencia, sobre el contenido deontológico de la atención sanitaria y sobre la seguridad del paciente.

4. El médico individual ha sido sustituido, por tanto, por un equipo multidisciplinar dentro del cual comparte poder y autoridad con otros profesionales y también con los pacientes; no obstante, debe preservarse la continuidad con un médico responsable del mismo, ya que, sin continuidad interpersonal, no puede haber continuidad en la dirección ni en la coordinación de la atención a un paciente. La multiplicidad de responsables de los cuidados conduce a la ineficiencia. Por todo ello, la fragmentación de la asistencia no es una opción razonable si atendemos al uso eficiente de los recursos sanitarios, a la seguridad clínica y a una mayor calidad asistencial.

La aparición de nuevas profesiones sanitarias (facilitadores de la asistencia, entrenadores de calidad, gestores de casos, vendedores de dispositivos médicos, etc.) soluciona problemas técnicos y de organización pero repercute negativamente sobre la seguridad y los resultados de la RMP, los costes y la eficiencia. Además, tiene consecuencias deontológicas ya que esas nuevas profesiones no se ven sujetas a observar las obligaciones morales de los profesionales sanitarios, tales como la veracidad, la lealtad y fidelidad, las obligaciones de confidencialidad y de respeto a la intimidad o la defensa de los intereses del paciente frente a los de terceros, ya sea porque provienen de mundos laborales distintos o porque todavía no han sentido la necesidad de elaborar códigos deontológicos.

La definición de la nueva organización de atención de primera línea, es decir, el médico de familia que se encuentra con el paciente, ya es multidisciplinar: administrativos, enfermeras con diferentes grados de responsabilidad, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacéuticos o coordinadores de la asistencia. Dadas la complejidad de la asistencia sanitaria y la magnitud de los conocimientos necesarios para llevarla a cabo, la atención debe ser multidisciplinar y la

respuesta organizativa es la clave. Se puede optar por una de estas dos formas de organización: la atención individual dirigida por un médico o una enfermera especializada y respetando las tres formas de *continuidad* o bien, una atención no dirigida, sin embargo, guiada por la necesidad perentoria de atención de los síntomas y signos de la enfermedad, sin un médico o enfermera responsable de la gestión de la asistencia. Esta última opción es la que se considera menos segura, menos eficiente y menos satisfactoria. No obstante, ambas opciones coexisten bien por voluntad del paciente o por fallos del sistema.

5. La continuidad es necesaria, además, para satisfacer las obligaciones de beneficencia, no maleficencia y de justicia de los profesionales y de las instituciones.

La ausencia de continuidad deshumaniza la RMP o la convierte en paternalista. La falta de perspectiva del curso de la enfermedad que esa ausencia genera retrasa el acceso al diagnóstico o a la atención, en particular a la del final de la vida, es decir, crea una barrera de acceso a los cuidados sanitarios adecuados a la situación clínica.

La *continuidad* integra el sistema sanitario en la vida del paciente porque le ofrece coherencia entre la vida diaria, ahora condicionada por la salud, y el sistema sanitario.

Para el médico la experiencia de la *continuidad* es múltiple: coordinación en el trabajo, disponer de la información necesaria en el punto de atención y conseguir una visión integral del paciente con la que poder tratar a una persona, no a una enfermedad, lo que es una práctica benéfica. Al igual que le ocurre al paciente, sin *continuidad* el médico ha de comenzar de cero cada vez que atiende a un paciente. Cuando el paciente es un desconocido la entrevista entre el médico y el paciente sigue el guión de la enfermedad, en lugar de que el guión de la entrevista sea el de la persona. El paciente se convierte en un caso, en alguien pasivo al que se le exige obediencia y que se atenga a las reglas o a la disciplina ya establecida, lo que es un acto que se puede interpretar como de paternalismo.

6. La continuidad es un resultado complejo de la RMP que requiere el compromiso de la institución sanitaria, es decir, la continuidad ha de ser un objetivo de las instituciones y de la política sanitaria, y, en particular, en los sistemas nacionales de salud, dado que las políticas de las instituciones ordenan y normativizan la continuidad asistencial o, al contrario, la interrumpen o la fragmentan.

La *continuidad* necesita múltiples recursos (de personal, organizativos, informáticos, historia clínica compartida, transmisión de la información entre los distintos puntos de atención y entre los proveedores, transporte de pacientes, organigrama de los profesionales, protocolos institucionales de actuación, circuitos de pacientes, etc.) y un sistema de financiación de la asistencia que ha de contemplar la retribución de los actos médicos.

La contribución de la *continuidad* a la seguridad clínica es un aspecto relevante que depende, aunque no exclusivamente, de la institución sanitaria y de la política sanitaria. La *continuidad* en la información es necesaria e incluye la información pasada (historia clínica) y la que se genera en ese momento de la atención que ha de llegar a los eslabones siguientes. La falta de información en el punto de atención o la ausencia de una atención dirigida son fuente de lesiones incluso mortales. La *continuidad* contribuye a evitar esos riesgos.

SOBRE EL PODER

1. La confianza es un elemento nuclear de la RMP.

Por parte del médico, del estado o de la sociedad el abuso de la confianza depositada por el paciente sitúa la RMP en un terreno peligroso puesto que puede desembocar en perjuicios para el médico, para la profesión o para el paciente mismo. Para el médico puede conllevar una sanción legal o la rescisión de su contrato; para la profesión dejar de ser una institución en la que se puede confiar; y para el paciente acarrear sufrimiento y daño moral o lesiones físicas. La traición a la confianza que el paciente deposita en el médico y en la profesión, aunque sea por una obligación impuesta por el estado, atenta contra la autonomía del paciente, contra la seguridad clínica y contra los pilares éticos de la profesión médica y de la RMP.

La custodia del cuerpo del paciente o de la información que suministra, es una obligación moral porque es fruto de la confianza que, a su vez, se fundamenta en el supuesto de que el médico la usará de manera adecuada y no en perjuicio del paciente. Si el médico quebranta esta obligación, el paciente resulta dañado y, por lo tanto, el médico falta a la obligación de no perjudicar, al *primum non nocere* en un sentido lato. La custodia del cuerpo y la información obtenida proporcionan conocimiento sobre el paciente. El médico sabe interpretar ese conocimiento y, en consecuencia, ese conocimiento le confiere poder.

En circunstancias determinadas los estados, las instituciones o los médicos utilizan la confianza de los pacientes en beneficio propio y en perjuicio de los pacientes, en forma de normas, contratos o privilegios. Además, existen leyes que obligan a mantener una determinada conversación, o que la prohíben, o que la limitan, o que obligan a practicar intervenciones cuya utilidad no está avalada por los conocimientos científicos. Las instituciones, asimismo, imponen límites a la RMP, como las políticas de acceso a determinadas prácticas asistenciales o a ciertos tratamientos. Por último, la confianza en un profesional puede ser una barrera para acceder a los servicios sanitarios y, a su vez, el acceso a ellos estar sujeto a los valores personales de cada médico.

2. El poder del médico ha de tener un contrapeso que proteja y permita prevalecer la voluntad del paciente en circunstancias determinadas. Este contrapeso se construye con tres elementos: promocionando el acceso del paciente a la información, con medidas sociales sobre las titulaciones académicas que facultan para practicar la profesión y con los instrumentos que obligan a recabar el consentimiento del paciente y los que garantizan la capacidad para rechazar un tratamiento médico. El efecto de estas medidas es desigual.

La capacidad individual de decir que no a un tratamiento o prueba varía: no es la misma en todos los individuos ni en la salud o en la enfermedad. Tampoco es igual ante una situación de dependencia o de vulnerabilidad ya que ambas son causa y consecuencia de labilidad. Ante una enfermedad se suman nuevas presiones: las del entorno del paciente (familia, amigos, medios de comunicación, etc.), las del médico, que no siempre acepta de buen grado que sea el paciente quien tome la decisión, y las presiones económicas, ideológicas o sociales que obligan a elegir entre opciones distintas.

Las fuentes de información del paciente provienen de su propia experiencia, de internet, de las publicaciones escritas, de los familiares, de los amigos y de los profesionales sanitarios. Esas fuentes de información no siempre son fidedignas ni los pacientes están necesariamente formados para entender informaciones complejas en situación de estrés emocional.

La información es una obligación profesional que incluye facilitar a los pacientes las fuentes de información fidedignas. Aunque al facilitarla se cierre el círculo de poder que, de nuevo, está en manos de los profesionales por ser los que poseen el conocimiento.

3. El contrapeso al poder de los médicos debe ser construido y financiado, lo cual es complejo, genera controversias y está sometido a presiones ideológicas.

La construcción de un contrapeso no siempre es suficiente para equilibrar la asimetría de poder en la RMP por varias razones: los conocimientos del paciente nunca van a ser comparables a los del médico; el paciente dependerá de los conocimientos de los médicos o de la fuente de información que acepte; el estado de necesidad de cuidados y de vulnerabilidad causados por la enfermedad aboca a un estado de dependencia; y la complejidad de la asistencia médica y los intereses económicos relacionados precisan de la ayuda de profesionales para hacerles frente.

4. La implementación de los recursos que dan poder al paciente (consentimiento informado, planes de decisiones compartidas, etc.) exige una labor pedagógica de los médicos con sus pacientes para explicar el significado y alcance de esos documentos. Exige además, mantener una conversación sobre el final de la vida, sobre la muerte y sobre qué se puede esperar de los tratamientos ante una situación terminal. La labor pedagógica se produce en los dos sentidos ya que el profesional ha de aprender a aceptar e incorporar las decisiones de los pacientes, aunque le parezcan desacertadas. Estas actividades, que deben ser incorporadas al estándar, tienen que ser financiadas como una parte más del acto médico.

La pedagogía es fruto del nuevo paradigma que nace con los avances científicos y tecnológicos de las ciencias biomédicas y con los cambios sociales. La pedagogía es un elemento intrínseco de la RMP.

Todo el ámbito de la atención sanitaria debe incorporar la voluntad del paciente. Esta obligación se concreta en leyes y documentos, como las que imponen el consentimiento informado o las que reconocen el derecho al rechazo del tratamiento, y documentos como los planes de decisiones compartidas.

5. La conversación sobre la enfermedad, el pronóstico, el tratamiento o los cuidados del final de la vida debe nacer dentro de la RMP y no ha de ser impuesta desde fuera. Esta conversación debe ser financiada como una parte más del acto médico.

Las voluntades anticipadas son importantes para las personas para las cuales ejercer la autonomía es esencial, particularmente al final de la vida, y que esperan que su voluntad sea respetada. En cambio, otras personas, en lugar de hablar sobre las condiciones de la muerte, prefieren mantener la conversación sobre el tiempo que les queda por vivir o sobre la calidad del final de la vida, conversación fundamental para ellas ya que les permite darse a conocer como personas lo que les parece más importante que firmar un documento. Este último punto enlaza con la *continuidad* de la RMP y con la confianza en los médicos.

Los planes anticipados de asistencia (PAA) u otros documentos de voluntades anticipadas (DVAs) introducen nuevos actores en la RMP que tienen voz y voto. Esos documentos hacen más patente que la RMP ya no es una relación bilateral. Para evitar los peligros relacionados con los nuevos actores de la RMP se debe:

- a. conseguir transparencia en cuanto a los objetivos y los conflictos de interés potenciales de los profesionales que intervienen en la elaboración del documento,
- b. asegurar la formación y supervisar a los facilitadores de los PAA,
- c. establecer estándares que garanticen un alto nivel de calidad, y
- d. formar a los facilitadores para que identifiquen y resuelvan los conflictos de interés.

En todos los casos es el médico quien toma la última decisión y está en su mano respetar o no las indicaciones escritas. La legislación, la presión del entorno y el miedo a la denuncia judicial condicionan la aceptación de la voluntad del paciente. En la RMP se establece un diálogo entre dos corrientes: la primera está basada en la confianza y los valores éticos y la segunda en dar poder al paciente y en que tome decisiones autónomas. Ambas coexisten, solo se oponen en apariencia y las une la vulnerabilidad que acarrea la enfermedad. Ambas corrientes son necesarias.

6. Hasta la aparición de los Planes Anticipados de Asistencia (PAA), la injerencia de terceros en la RMP se producía a través del médico y del paciente. En la actualidad, los PAA introducen directamente la voz de terceros en la RMP, que puede ser desoída, en cuyo caso, sin embargo, entra en contradicción con la razón que justifica el PAA, que es el respeto a la autonomía del paciente.

La intrusión de la tercera voz en la RMP, es decir, la voz del plan, además de las voces del paciente y del médico, evoca por lo menos siete posibles conflictos:

- a. La oportunidad de la conversación: quién la inicia si el profesional o el paciente y en qué momento de la enfermedad.
- b. La formación de los profesionales en este campo.
- c. La concepción de la medicina como una suma de fragmentos en manos de expertos diferentes y no como un todo en un paciente.
- d. La financiación del acto médico: los problemas se plantean cuando el objetivo económico tiene la misma relevancia que la voluntad del paciente, cuyo interés ya no será, entonces, el único guía de la decisión, lo que condiciona o anula los argumentos basados en principios éticos tales como la autonomía o la beneficencia.
- e. Dentro de las distintas opciones que ofrece un PAA, la opción de limitar los tratamientos es más barata que la de no limitarlos por lo que la elección de la opción menos económica queda al albur de la aceptación del financiador.
- f. Los programas que colaboran en la confección del PAA se pueden convertir en una fuente de manipulación.
- g. El profesional ha de obedecer a decisiones que no ha tomado y en las que no ha participado y que puede no compartir.

SOBRE LA FINANCIACIÓN DEL ACTO MÉDICO COMO CONDICIONANTE DE LA RMP

1. La retribución se utiliza para pagar el trabajo del médico; 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. Los pacientes pueden ser cautivos del cómo y de quién retribuye el trabajo de los médicos.

Según los códigos deontológicos, el interés del paciente debe ser un objetivo del médico pero la búsqueda y satisfacción del interés del paciente se ve limitada 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. La libre elección del médico y la *continuidad* de la RMP, que permite que el paciente y el profesional se conozcan, aportan una solución parcial a todas esas servidumbres.

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, pero no exclusivamente, en los lugares alejados de las grandes ciudades, con poca densidad de población o cuando existe escasez o concentración de los servicios sanitarios. Todo lo cual 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 salarar el trabajo médico sino cuando el salario coarta la libertad de prescripción, en función de los términos suscritos en el contrato, y cambia el foco de atención de la RMP, 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.

2. Los complementos de retribución variable no han sido creados para promover comportamientos virtuosos sino para conseguir resultados económicos, de calidad o de otro tipo.

La capacidad del médico de no suscribir un complemento de retribución variable traslada la responsabilidad moral al profesional y exime a quien lo propone. Si la adhesión al complemento depende de la conciencia del profesional, la responsabilidad ética no reside en qué se plantea como objetivo incentivable, sino de quién acepta ese incentivo.

Los objetivos de los incentivos incorrectamente definidos desincentivan o producen perversiones en el funcionamiento normal de las empresas y, por tanto, tienen un efecto negativo y perverso sobre la práctica sanitaria.

Los incentivos, ya sean monetarios o de otro tipo, se usan para estimular la calidad asistencial, entendida 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:

- a. no participar significa una pérdida económica que en algunos casos llega al 20% del salario,
- b. promueve un tipo de práctica profesional dirigida por el financiador de la RMP y no siempre por el interés del paciente,

- c. es discriminatoria según el tipo de incentivo o de la cartera de pacientes,
- d. atenta contra la confianza de la RMP ya que supone que el profesional no se esforzará lo suficiente sin el incentivo.

3. La financiación del acto médico debe promover y conseguir una asistencia de calidad para todos los pacientes, en particular los llamados difíciles por sus características personales (porque acumulan varias patologías crónicas o sufren condicionantes socioeconómicos o geográficos). Asimismo, la financiación debe contribuir a que se consiga una atención holística, con continuidad, y a eliminar los determinantes sociales de la salud.

Bajo el supuesto de que no se produce deterioro de la calidad asistencial, el médico debe contribuir en la administración de recursos y en la equidad, a pesar de que no esté en su mano administrar el ahorro de recursos que genera ni participar directamente en la gestión o adjudicación de esos recursos ahorrados. A cambio, al profesional se le retribuye con un incentivo por contribuir al ahorro.

La participación de una comisión evaluadora en la asignación de los complementos de retribución variable o incentivos introduce objetividad en la evaluación si bien plantea el problema de la neutralidad de la evaluación y del evaluador al no cuestionar los objetivos del incentivo. La participación de los gestores y de los profesionales en la confección del programa de incentivos tampoco garantiza la calidad de los objetivos. Sin embargo, cuando el planteamiento de la política de incentivos es el adecuado, se consiguen resultados positivos gracias a que obliga a establecer rigor en la recogida de datos, proporciona información sobre calidad asistencial y contribuye a divulgarla, introduce la idea del pago por resultados y fomenta una cultura del esfuerzo y del trabajo en equipo.

Compaginar el fomento de un paciente proactivo con la retribución (en un sentido amplio) de los médicos constituye un reto para la financiación de la RMP. El paciente proactivo es un paciente bien informado sobre su enfermedad y que ha recibido la formación necesaria para cuidar de su salud y de su enfermedad. La publicación de resultados clínicos o económicos, de los efectos adversos de la práctica profesional, de la experiencia de los pacientes o la inclusión de los pacientes en el diseño de los incentivos ayudan al paciente a escoger al médico.

Aunque no esté en mano de los médicos realizar cambios socioeconómicos, sí que su práctica asistencial debe contribuir a minimizar los efectos de las desigualdades sobre la salud.

SOBRE LA INFLUENCIA DE LA INDUSTRIA EN LA RMP

1. La capacidad innovadora y transformadora de la industria y el apoyo a la formación y a la educación son aspectos indudablemente beneficiosos para los pacientes, los médicos y la sociedad. Pero ese apoyo adquiere un lado opaco cuando encubre publicidad o pretende cambiar los hábitos de prescripción en su propio beneficio; o cuando aspira a influir en los profesionales para introducir sus productos (medicamentos, dispositivos, apósitos, material sanitario, etc.) en el arsenal terapéutico de los hospitales, salvo, claro está, que el objetivo principal sea el mejor interés del paciente o la evidencia científica, y no la promoción, por interés propio, de una u otra orientación terapéutica.

Y como se dijo en la conclusión general 7, 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 sobre 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 visitadores personales, a través de las asociaciones de pacientes, por intermedio de otros profesionales sanitarios como las enfermeras o las comadronas, a través de leyes o de las asociaciones gubernamentales y no-gubernamentales. Si va dirigida al paciente específicamente o a la sociedad utiliza los medios de comunicación (prensa, TV, etc.) y se centra en un producto (antidiarreicos) o un síntoma (estreñimiento, 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 que la regulan.

Los vínculos del médico con la industria son aparentemente 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, se expone a los pacientes a medicamentos menos conocidos y, por lo tanto, con más dudas sobre su seguridad clínica, probablemente más caros y menos eficientes, y, si se demuestra que la prescripción es fruto del marketing, tiene efectos negativos sobre la confianza de los pacientes y la sociedad en los médicos.

Los regalos de la industria a los médicos son una forma más de mercadotecnia. Su objetivo es condicionar la prescripción de manera favorable para quien ofrece el regalo o simplemente predisponerle favorablemente. 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 venta de perfiles de prescripción es una técnica de marketing, que ayuda a dibujar el perfil del tipo de paciente que atiende un médico partiendo de los medicamentos que usa en su práctica profesional. Mediante el análisis de un perfil individual, los vendedores de medicamentos diseñan campañas de promoción personalizadas. El tratamiento es uno de los productos de la RMP y, a través de él, se conocen las enfermedades de los pacientes, es decir, se accede a su intimidad, sin su permiso y sin que el mismo paciente se pueda negar. La primera razón para oponerse a la venta de los perfiles de prescripción estriba en la violación de la confidencialidad puesto que la revelación de la intimidad pone en peligro al paciente porque puede causar daño personal, estigma u ostracismo social. Una segunda razón para considerar inadecuada la venta de los perfiles es que encarecen la sanidad: estas campañas de publicidad repercuten sobre el coste del medicamento y las acaba pagando el paciente o quien financie la RMP y, en consecuencia y con ello se limita el acceso al tratamiento. La tercera razón se refiere a la seguridad clínica porque esta práctica de mercadotecnia promueve el cambio hacia medicamentos nuevos y, por lo tanto, menos conocidos en cuanto a toxicidad, efectividad a largo plazo o a toxicidad grave pero infrecuente.

2. El objetivo de la publicidad es dar a conocer un medicamento para aumentar las ventas. Un objetivo secundario, por más que deseado, es que la información que se proporciona incida positivamente sobre la adherencia al tratamiento. No obstante, potenciar la continuidad de la RMP probablemente sea más eficaz para conseguir una mejor adhesión al 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 apuntan a toda la población y tienen un triple interés: sensibilizar, instaurar medidas preventivas e instruir para, así, detectar el problema precozmente. Son útiles porque educan sanitariamente, aunque consumen recursos, y corren el riesgo de difuminar el límite entre salud y enfermedad, con lo cual acaban tratando la salud, es decir, tratando a personas sanas con terapias medicamentosas o quirúrgicas que van unidas a intereses comerciales, a efectos adversos y a errores médicos. 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 aumente la información o tome las medidas oportunas. De esta manera, la publicidad constituye un ejemplo de presión indirecta no económica sobre la RMP. Mediante la publicidad se ofrece información útil para los pacientes y para toda la población sobre uno o varios medicamentos y sobre las entidades nosológicas. Esa información puede despertar la curiosidad y fomentar una búsqueda más amplia y acabar en un tratamiento de por vida.

3. 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 mercadotecnia, 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 TV, se ofrecen anuncios con imágenes, música, textos sobreimpresos más un mensaje oral pero con escasas o ninguna referencia a los efectos adversos, a la indicación individual o al coste económico.

La publicidad de medicamentos de venta sin receta está autorizada en muchos países, entre los cuales está España. No así la publicidad de medicamentos de venta con receta dirigida al consumidor (PMRDC), que es otro ejemplo de presión indirecta. Este tipo de publicidad solo está autorizada, dentro del mundo occidental, en Estados Unidos y Nueva Zelanda. Pero internet permite acceder de manera casi universal y sin barreras a todo tipo de información desde lugares distintos y dispares, con lo cual, a pesar de que no esté autorizada la PMRDC, igualmente se puede acceder a ella si se tiene la cultura y los medios tecnológicos para ello. Una gran parte de la población mundial posee esos medios.

El análisis de los efectos de la promoción publicitaria es complejo porque intervienen muchos factores, como por ejemplo, han de incluir a un gran número de personas enfermas y sanas y suelen estar sesgados ideológicamente ya que utilizan argumentos basados en valores ideológicos (mercado, empoderamiento del paciente, etc.). Aunque las campañas publicitarias van dirigidas a

toda la población, sana y enferma, son más visibles para la población que padece el “problema” publicitado que también es la población más vulnerable.

Los defensores de la publicidad parten de la base de que un tratamiento con medicamentos está indicado, sin contemplar otras alternativas, omiten que el tratamiento con medicamentos es una fuente de efectos secundarios, que cuestionan y oscurecen los beneficios de ese mismo tratamiento, y que el coste del medicamento limita o incluso impide el acceso.

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 emitir algunas recetas de medicamentos por lo que ha de plegarse a la demanda del paciente 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 visita.

4. La información dirigida al consumidor fácilmente se transforma en publicidad encubierta. La publicidad de los medicamentos de venta con receta dirigida al consumidor desvía la atención del paciente del diagnóstico al tratamiento y transforma al paciente en un consumidor. Ambas formas de publicidad fomentan el autodiagnóstico para orientar al paciente hacia el tratamiento publicitado.

Las fuentes de financiación de los grupos de ayuda a los pacientes pueden convertir a los beneficiarios en rehenes de los patrocinadores.

La publicidad introduce la voz del anunciante en la RMP y con la voz también introduce los intereses del anunciante. Para mitigar esa presión, la finalidad comercial de la información sobre la salud, o sobre los productos comerciales, debe quedar patente en el medio en que se exhibe. La PMRDC no convierte al paciente en un paciente-adulto que escoge o exige, sino en un paciente-consumidor, aprovechándose, incluso, de la vulnerabilidad que acompaña a la enfermedad y alejándole del sentido primigenio de la RMP, como si el fin ya no fuese curar sino comprar.

Las asociaciones de pacientes constituyen grupos de presión sobre la administración y sobre los médicos para defender los intereses de aquellos, 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, pueden convertirse en rehenes de sus patrocinadores a consecuencia de sus fuentes de financiación. En los sitios 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.

5. La presión sobre los pacientes individuales, sobre las organizaciones de apoyo y defensa de los pacientes o sobre otros profesionales sanitarios, pretende influir sobre el médico y orientar la prescripción en un sentido determinado.

La publicidad sobre medicamentos que necesitan prescripción facultativa, o sobre los dispositivos que necesitan al médico para ser implantados, ejerce una presión sobre el médico para modificar su criterio de prescripción o de indicación de una terapia.

La información dirigida al consumidor y la publicidad sobre medicamentos exigen un esfuerzo normativo a las agencias gubernamentales de regulación de medicamentos.

La presión que se ejerce a través del paciente no es diferente de la que realizan los regalos aunque se produzca de otra manera, coarta *la libertad de prescripción o prescripción en conciencia* y genera conflictos de interés de tres tipos:

- a. Financieros: oponerse a la voluntad del paciente significa perder al paciente cuando no el prestigio profesional, es decir: perder los emolumentos ligados a la atención y, aparentemente, oponerse a la innovación o a la modernidad.
- b. 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.
- c. Profesionales: aceptar que la prescripción la inicie el paciente, y no el profesional cuando éste no está convencido de la indicación, 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 por conservar al paciente y los emolumentos ligados a la atención profesional.

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 dedicarlo 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 da: un clima laboral y una presión asistencial que lo permitan, una consulta sin violencia, un entorno no judicializado.

La información sanitaria y la publicidad de medicamentos de venta libre o con receta exigen un esfuerzo regulatorio que siempre va por detrás de la actualidad. Internet crea una realidad en cambio permanente y permite sortear las leyes de un país sobre información, publicidad o sobre la venta de medicamentos.

SOBRE MEDICINA DEFENSIVA

1. La medicina defensiva impide el acceso de los pacientes a algunos actos médicos, porque el temor a la persecución judicial o los costes inasumibles de los seguros alejan a los médicos de algunas patologías consideradas de mayor riesgo de acabar en un juicio (en particular en neurocirugía, cirugía traumatológica, obstetricia o ginecología).

El mayor número de exploraciones diagnósticas o terapéuticas asociado a una práctica defensiva de la medicina repercute sobre los efectos adversos y los costes, y conlleva sobrediagnóstico y sobretratamiento.

La medicina se ejerce bajo el imperativo profesional que obliga a buscar un diagnóstico y proponer un tratamiento. Y, al mismo tiempo, con el temor de que si no se cumplen las expectativas del paciente, el médico sea perseguido judicialmente. Ese temor así como el imperativo profesional condicionan la práctica médica y generan formas defensivas de ejercer la profesión en las cuales, para prevenir la amenaza o para estar mejor pertrechado en caso necesario: a) se acumulan argumentos para defenderse, b) se prescriben pruebas para complacer al paciente y predisponerlo a favor, c) se evita llevar a cabo los procedimientos de más riesgo, o d) se rechaza a los pacientes con patologías más complejas, con mayor riesgo de reclamación o a los más aparentemente conflictivos.

Se puede distinguir modalidades diversas entre todas esas prácticas: las más propias de una medicina defensiva positiva (acumular pruebas), las propias de una negativa (rechazar patologías

o pacientes) o las propias de una medicina de complacencia (para predisponer al paciente a favor). Sin embargo, todas coexisten y se practican a la vez.

Las consecuencias de esas presiones son varias:

- a. Un incremento de pruebas diagnósticas, del coste de la atención y de los efectos adversos. Estos efectos indeseados pueden producir lesiones graves, incluso la muerte, tanto al paciente como al profesional.
- b. Aparición de resultados no esperados y cuyo manejo no está bien establecido, lo cual lleva a sobrediagnosticar, es decir: a valorar un diagnóstico del cual se desconoce la incidencia real de morbilidad y mortalidad asociada, y a sobretratar, es decir, a ofrecer un tratamiento estándar a ese sobrediagnóstico. En consecuencia, se pueden llegar a tratar enfermedades cuya evolución se desconoce con terapias agresivas que dejan secuelas. El sobrediagnóstico borra los límites entre salud, riesgo y enfermedad.
- c. Pérdida de conocimientos y de pericia profesional en aquellas actuaciones que más reclamaciones crean, aunque están reconocidas como práctica ortodoxa, para sustituirlas por otras con menor riesgo de persecución judicial, más caras o con otros tipos de efectos adversos.
- d. Cambios en los estándares profesionales ya que se incorporan pruebas cuyo rendimiento es bajo pero que se solicitan como salvaguarda para el profesional.
- e. Escasez de profesionales en algunas especialidades o en algunas áreas geográficas.

El prestigio de las nuevas tecnologías tiene efectos negativos sobre la RMP como introducir la vía hacia la mercantilización de la misma y contribuir al sobrediagnóstico y sobretratamiento u ocupar el lugar de la relación personal. Estos efectos negativos se pueden minimizar advirtiendo a los pacientes del peligro, creando un marco cultural en el cual “más no sea necesariamente mejor”, formando a los médicos para evitar y saber gestionar el sobrediagnóstico y el sobretratamiento, investigando en ese campo, y combatiendo los conflictos de interés de los expertos que elaboran las directrices de actuación.

Por *seguridad* clínica es recomendable evitar el sobrediagnóstico y el sobretratamiento porque exponen a los efectos adversos y a los errores ligados a la práctica profesional. Sin que, como contrapartida al riesgo inherente a cualquier procedimiento médico, se obtenga el beneficio buscado con ellos. Y, también, por el sobre coste que representa para la sociedad debido al aumento del número de pruebas, de tratamientos y por los errores médicos por ellos producidos, sin que ese sobre coste compense una disminución de la morbilidad y de la mortalidad asociada a ese diagnóstico.

2. La amenaza de los juicios por negligencia profesional acaba transformando los estándares legales, que serían aquellos destinados a acumular justificaciones para defenderse legalmente, en estándares médicos, cuyo fundamento debe estar en los conocimientos contrastados de la Medicina.

La medicina defensiva es una realidad, hasta cierto punto comprensible, porque los médicos y los pacientes se ven sujetos a presiones externas desde la sociedad (industria sanitaria, cultura sobre la salud y la enfermedad, medicalización de la vida, etc.) y porque la enfermedad o el miedo a sus consecuencias (sufrimiento, dolor, secuelas, dependencia, discapacidad, pobreza, aislamiento social, estigma), a su vez, presionan al paciente y al médico. Pero las presiones pueden ser

contrarrestadas mediante el conocimiento, la cultura de la salud y de lo saludable o mediante recursos legales y, si los daños no se pueden evitar, por lo menos se pueden minimizar los provocados por la medicina defensiva sobre el paciente, el médico y la sociedad.

3. Los argumentos contra la práctica de medicina defensiva no deben ser solo económicos sino que han de incluir la seguridad global del paciente (efectos adversos de las pruebas médicas y de los tratamientos) y la seguridad jurídica y profesional de los médicos de tal manera que ejercer la medicina no sea una profesión de riesgo.

Cortar con la medicina defensiva no es fácil ya que impregna la práctica asistencial en todos los países. Las medidas no pueden ser individuales, deben ser colectivas e implicar a los médicos, las instituciones, el estado y la sociedad. Las medidas ideales son las que incorporan la obligación moral colectiva (de los profesionales, instituciones, estado, sociedad) de no causar daño, la exigencia de mantener elevado el nivel de formación de los profesionales sanitarios, el respeto de la evidencia científica y la educación de los pacientes sobre su salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Teutsch, C. *Patient-doctor communication*. The Medical Clinics of North America, 2003; Sep – 87 (5): pp. 1115–45. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14621334>
2. Ridd, M; Shaw, A; Lewis, G y Salisbury, C. *The patient-doctor relationship: A synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives*. British Journal of General Practice, 2009; Apr – 59 (561): pp. 116-33. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19341547>
3. Gore, J y Ogden, J. *Developing, validating and consolidating the doctor-patient relationship: the patients' views of a dynamic process*. British Journal of General Practice, 1998; Jul – 48 (432): pp. 1391–4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9800396>
4. Freeman, G y Hugues, J. *Continuity and the patient experience*. The King's Fund, 2010. Disponible en: <https://www.kingsfund.org.uk/projects/gp-inquiry/continuity-of-care>
5. Roberge, D; Beaulieu, M; Haddad, S; Lebeau, R y Pineault, R. *Loyalty to the regular care provider: patients' and physicians' views*. Family Practice. 2001; Jan - 18 (1): pp. 53–9. Disponible en: <https://academic.oup.com/fampra/article/18/1/53/486074/Loyalty-to-the-regular-care-provider-patients-and>
6. Leleu, H y Minvielle, E. *Relationship between Longitudinal Continuity of Primary Care and Likelihood of Death: Analysis of National Insurance Data*. PLoS One. 2013; Aug - 22; 8 (8): e71669. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0071669>
7. Buxó, MJ. *Bioética intercultural y salud global*. Perspectivas Bioéticas, 2008; 13 (24-25): pp. 59-70.
8. Wolinsky, FD; Bentler, SE; Liu, L; Geweke, JF; Cook, EA; Obrizan, M; et al. *Continuity of Care with a Primary Care Physician and Mortality in Older Adults*. Journal of Gerontology. Series A, MEDICAL SCIENCES. 2010; Apr - 65 (4): pp. 421-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19995831>
9. Ridd, M; Lewis, G; Peters, T y Salisbury, C. *Patient-Doctor Depth-of-Relationship Scale: Development and Validation*. Annals of Family Medicine, 2011; Nov - 9 (6): pp. 538-545. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3252194/>
10. Hernández, I. *Instrumento para el análisis de la comunicación médico paciente en medicina familiar, a través de videgrabaciones como herramienta educativa [proyección visual]*, en las Jornada de Educación Médica: Educación por cambio de paradigma. Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2010. (27 diapositivas)
11. Buxó, MJ. *Virtual y realidad artificial*. Quaderns de Salut Mental 2002; 3: pp. 108-121.

12. Salisbury, C; Sampson, F; Ridd, M y Montgomery, AA. *How should continuity of care in primary health care be assessed?* British Journal of General Practice, 2009; Apr - 59 (561): pp. 134-141. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19341548>
13. Rodriguez, HP; Rogers, WH; Marshall, RE y Safran, DG. *The Effects of Primary Care Physician Visit Continuity on Patients' Experiences with Care.* Journal of General Internal Medicine, 2007; Apr – 22 (6): pp. 787-793. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2219884/>
14. De Maeseneer, J; De Prins, L y Gosste, C. *Provider Continuity in Family Medicine : Does It Make a Difference for Total Health Care Costs?* Annals of Family Medicine, 2003; Sep - 1(3): pp. 144–8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466579/>
15. Hansen, AH; Halvorsen, PA; Aaraas, IJ Y Førde, OH. *Continuity of GP care is related to reduced specialist healthcare use : a cross-sectional survey.* British Journal of General Practice, 2013; Jul - 63 (612): pp. 482-489. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23834885>
16. Tarrant, C; Windridge, K; Boulton, M; Baker, R y Freeman, G; *Qualitative study of the meaning of personal care in general practice.* The British Medicine Journal, 2003; Jun - 326: 1310. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/326/7402/1310>
17. Haggerty, JL; Freeman, GK y Beaulieu, C. *Experienced Continuity of Care When Patients See Multiple Clinicians : A Qualitative Metasummary.* Annals of Family Medicine. 2013; May-Jun - 11 (3): pp. 262–71. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23690327>
18. Kearley, KE; Freeman, GK y Heath, A. An exploration of the value of the personal doctor–patient relationship in general practice. British Journal of General Practice, 2001; Sep-51 (470): pp. 712–8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314098/>
19. Freeman, GK. *Progress with relationship continuity 2012, a British perspective.* Internatinal Journal of Integrated Care, 2012; Jun - 12: e128. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3440251/>
20. Haggerty, J; Reid, R; Freeman, G; Starfield, B; Adair, C y McKendry, R. *Continuity of care: a multidisciplinary review.* The British medicine Journal, 2003; Nov - 22; 327 (7425): pp. 1219-1221. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC274066/>
21. Bendapudi, NM; Berry, LL; Frey, KA; Parish, JT y Rayburn, WL. *Patients' Perspectives on Ideal Physician Behaviors.* Mayo Clinic Proceedings, 2006; Mar - 81 (3): pp. 338-44. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16529138#>
22. Ridd, MJ; Ferreira, DL; Montgomery, AA; Salisbury, C y Hamilton, W. *Patient-doctor continuity and diagnosis of cancer: electronic medical records study in general practice.* British Journal of General Practice, 2015; May - 65 (634): pp. 305-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25918335>

23. Wise, J. *Fresh pair of eyes may speed up cancer diagnosis*. The British Medicine Journal, 2015; Apr - 350 (27): h2232. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/25918352/>
24. Gray, DP; Evans, P; Sweeney, K; Lings, P; Seamark, D; Seamark, C; et al. *Towards a theory of continuity of care*. Journal of the Royal Society of Medicine, 2003; Apr - 96(4): pp. 160–6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC539442/>
25. Stange, K; Burge, F y Haggerty, J. *RCGP Continuity of Care Toolkit : promoting relational continuity*. British Journal of General Practice, 2014; Jun - 64(623): pp. 274–5. Disponible en: <http://bjgp.org/content/64/623/274>
26. Greenfield, G; Ignatowicz, AM; Belsi, A; Pappas, Y; Car, J; Majeed, A. et al. *Wake up, wake up ! It's me ! It's my life! Patient narratives on person-centeredness in the integrated care context: a qualitative study*. BMC Health Services Research, 2014; Nov - 14:619. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25471663>
27. Saultz, JW. *Defining and Measuring Interpersonal Continuity of Care*. Annals of Family Medicine, 2003; Sep-Oct - 1(3): pp. 134–43. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15043374>
28. Östman, M; Jakobsson, E y Falk, K. *Health-care encounters create both discontinuity and continuity in daily life when living with chronic heart failure-A grounded theory study*. International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-being, 2015; Jul - 10: 10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4490805/>
29. Reid, RJ; McKendry, R y Haggerty, J. *Defusing the Confusion : Concepts and Measures of Continuity of Health Care : Final Report*. Canadian Health Services Research Foundation. March 2002. Disponible en: http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_contcare_e.pdf
30. Browne, S; Macdonald, S; May, CR; Macleod, U y Mair, FS. *Patient, carer and professional perspectives on barriers and facilitators to quality care in advanced heart failure*. PLoS One, 2014; Mar - 27; 9 (3): e93288. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24676421>
31. Uijen, AA; Schers, HJ. et al. *How unique is continuity of care ? A review of continuity and related concepts*. Family Practice; 2012 - Jun; 29 (3): pp. 264–71. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22045931>
32. Doyle, C; Lennox, L y Bell, D. *A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness*. The British Medicine Journal (Open), 2013; 3: e001570. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/content/3/1/e001570>
33. Aubin, M; Giguère, A; Martin, M; Verreault, R; Fitch, MI; Kazanjian, A y Carmichael, PH. *Interventions to improve continuity of care in the follow-up of patients with cancer (Review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012; Jul - 11(7): CD007672. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22786508>

34. Letelier, MJ; Aller, MB; Henao, D; Sánchez-Pérez, I; Vargas Lorenzo, I; Coderch de Lassaletta, J et al.. *Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario: CCAENA*. Gaceta Sanitaria. Vol. 24, Núm. 4, jul/ago. 2010: pp.339-346. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112010000400013&lng=es
35. Benett, IJ. Editor's choice. *Access, continuity or both*. British Journal of General Practice, 2014; Aug - 64 (625): pp.388–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25071035>
36. 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, 2014; Jan - 36 (4): pp. 658-66. Disponible en: <https://academic.oup.com/jpubhealth/article/36/4/658/1531399/Access-continuity-of-care-and-consultation-quality>
37. Croker, JE; Swancutt, DR; Roberts, MJ; Abel, GA; Roland, M y Campbell, JL. *Factors affecting patients' trust and confidence in GPs : evidence from the English national GP patient survey*. The British Medicine Journal (Open). 2013; May - 3 (5):e002762. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23793686>
38. Moore, S; Wells, M; Plant, H; Fuller, F; Wright, M y Corner, J. *Nurse specialist led follow-up in lung cancer: The experience of developing and delivering a new model of care*. European Journal of Oncology Nursing. 2006; Dec - 10(5): pp. 364–77. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16843064>
39. Gomes, B; Calanzani, N; Curiale, V; Mccrone, P y Ij, H. *Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers (Review)*. The Cochrane Library; 2013, Issue 6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23744578>
40. Moore, S; Corner, J; Haviland, J; Wells, M; Salmon, E; Normand, C. et al. *Nurse led follow up and conventional medical follow up in management of patients with lung cancer: randomised trial*. The British Medicine Journal. 2002; Nov - 16; 325 (7373):1145. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12433764#>
41. Ordhoy, MS; Fayers, P y Ahlner-Elmqvist, MKS. *Quality of Life in Palliative Cancer Care: Results From a Cluster Randomized Trial*. Journal of clinical Oncology. 2001 Sep 15;19(18): pp. 3884–94. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11559726>
42. Jefford, M; Baravelli, C; Dudgeon, P; Dabscheck, A; Evans, M y Moloney, M. *Tailored Chemotherapy Information Faxed to General Practitioners Improves Confidence in Managing Adverse Effects and Satisfaction With Shared Care : Results From a Randomized Controlled Trial*. Journal of clinical Oncology. 2008 May 10; 26 (14): pp. 2272–7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18467717>
43. Soelver, L et al. *Identifying Factors Significant to Continuity in Basic Palliative Hospital Care — From the Perspective of Patients with Advanced Cancer*. Journal of psychosocial oncology. 2014; 32(2): pp. 167–88. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24364876>

44. Fred, HL. *Telephonic Terrorism*. Texas Heart Institute Journal. 2014; Apr 1; 41(2): pp. 131–2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24808770>
45. Deber, RB; Kraetschmer, N; Urowitz, S y Sharpe, N. *Patient, consumer, client, or customer: what do people want to be called?* Health Expectations. 2005; Dec - 8(4): pp. 345-51. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16266422>
46. Mosher, CE y Danoff-burg, S. *Cancer patients versus cancer survivors: Social and emotional consequences of word choice*. Journal of Language and Social Psychology. 2009 Mar 1; 28(1):10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3872067/>
47. Hutchison, B. *Consuming Healthcare: What's in a Word?* Health Policy. 2006; Jul - 2(1): pp. 8–12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2585427/>
48. Rowe, K y Moodley, K. *Patients as consumers of health care in South Africa: the ethical and legal implications*. BMC Medical Ethics. 2013 Mar 21;14:15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3614872/>
49. Oxman, AD; Lewin, S; Lavis, JN y Fretheim A. *SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 15: Engaging the public in evidence-informed policymaking*. Health research policy and systems. 2009 Dec 16;7(Suppl 1):S15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20018105>
50. Smith, CA. *Consumer language, patient language, and thesauri : a review of the literature*. Journal of the Medical Library Association. 2011; Apr - 99(2): pp. 135–44. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3066584/>
51. Coulter, A; Locock, L; Ziebland, S y Calabrese, J. *Collecting data on patient experience is not enough: they must be used to improve care*. The British Medicine Journal. 2014 Mar 27; 348. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/348/bmj.g2225>
52. Glickman, SW; Boulding, W; Manary, M; Staelin, R; Roe, MT; Wolosin, RJ. et al. *Patient satisfaction and its relationship with clinical quality and inpatient mortality in acute myocardial infarction*. Circulation. Cardiovascular Quality Outcomes. 2010; Mar - 3(2): pp. 188–95. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20179265>
53. Lyu, H; Wick, EC; Housman, M; Freischlag, JA y Makary, MA. *Patient satisfaction as a possible indicator of quality surgical care*. JAMA Surgery. 2013; Apr - 148(4): pp. 362–367. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23715968>
54. Dupree, E; Anderson, R; Nash, IS y Dupree, E. *Improving Quality in Healthcare : Start With the Patient*. Mount Sinai Journal of Medicine. 2011; Nov-Dec - 78(6): pp. 813–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22069204>
55. NICE Quality standard [QS15]. Patient experience in adult NHS services. Issued: Feb 2012. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs15>
56. Coulter, A; Locock, L; Ziebland, S y Calabrese, J. *Collecting data on patient experience is not enough : they must be used to improve care*. The British Medicine Journal. 2014; Mar-348:g2225. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/348/bmj.g2225>

57. Black, N y Jenkinson, C. *Measuring patients' experiences and outcomes*. The British Medicine Journal. 2009 Jul 2; 339: b2495. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19574317>
58. Groene, O; Arah, OA; Klazinga, NS; Wagner, C; Bartels, D y Kristensen, S. et al. *Patient Experience Shows Little Relationship with Hospital Quality Management Strategies*. PLoS One. 2015 Jul 7; 10 (7):e0131805. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26151864>
59. Gilbert, D. *Car parking is a clinical quality issue*. The British Medicine Journal. 2015 Apr 14; 350: h1312. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/350/bmj.h1312>
60. Kleinm, M. *Excuse me, doctor : I can still hear you*. The British Medicine Journal. 2015 Jun 17; 350: h2647. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/350/bmj.h2647>
61. Asprey, A; Campbell, JL; Newbould, J; Cohn, S; Carter, M; Davey, A et al. *Challenges to the credibility of patient feedback in primary healthcare settings*. British Journal of General Practice. 2013; Mar - 63 (608): e200-208. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23561787>
62. Reinders, ME; Ryan, BL; Blankenstein, AH y Horst, E Van Der. *The Effect of Patient Feedback on Physicians' Consultation Skills : A Systematic Review*. Academic Medicine. 2011; Nov - 86(11): pp. 1426–36. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21952067>
63. Ali, AA; Hummeida, ME; Elhassan, YAM; Nabag, WOM; Ahmed, MAA y Adam, GK. *Concept of defensive medicine and litigation among Sudanese doctors working in obstetrics and gynecology*. BMC Medical Ethics. 2016; 17(12). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4748468/>
64. Black, N y Jenkinson, C. *How can patients' views of their care enhance quality improvement?* The British Medicine Journal 2009; Jul- 339:202-5. Disponible en: <http://www.bmj.com/bmj/section-pdf/186284?path=/bmj/339/7714/Analysis.full.pdf>
65. Bryn, W.J. *Beyond a Pejorative Understanding of Conflict of Interest*. The American Journal of Bioethics. 2011; 11(1): 1-2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21240793>
66. Brody, H. *Clarifying Conflict of Interest*. The American Journal of Bioethics, 2011; 11(1): pp. 23-28. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15265161.2010.534530>
67. Lapuente, FP; Palomer, RM; Esteve, AO; Guardiola, PC; Reverter, MB y Piñol, JL. *Las expectativas de los pacientes : ¿qué aspectos valoran en un centro de salud ? Un estudio cualicuantitativo*. Atención Primaria. 2003; MAr - 31(5): pp. 307-14. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-las-expectativas-los-pacientes-que-13045712>
68. Brett, A. *Not a tragedy but a tool*. The British Medicine Journal. 2015 Mar 11; 350: h906. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/350/bmj.h906/rapid-responses>
69. Guthrie, B y Wyke, S. *Personal continuity and access in UK general practice: a qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of when and how they matter*. BMC Family Practice. 2006 Feb 24; 7(11). Disponible en: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-7-11>

70. Brundisini, F; Giacomini, M; DeJean, D; Vanstone, M; Winsor, S y Smith, A. *Chronic Disease Patients' Experiences With Accessing Health Care in Rural and Remote Areas: A Systematic Review and Qualitative Meta-Synthesis*. Ontario Health Technology Assessment Series. 2013; Sep - 13(15): pp. 1-33. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24228078>
71. Gessert, C; Waring, S; Bailey-davis, L; Conway, P; Roberts, M y Vanwormer, J. *Rural definition of health : a systematic literature review*. BMC Public Health. 2015; Apr - 15(378). Disponible en: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1658-9>
72. Abildsnes, E; Walseth, LT; Flottorp, SA y Stensland, PS. *Power and powerlessness*. The British Journal of Generic Practice. 2012; Mar - 62(596): pp. 160–6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3289821/>
73. Swenne, CA. *Diverging opinions about shared decisions*. Netherlands Heart Journal. 2014; Aug - 22 (7-8): pp. 334–5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4099428/>
74. Salmon, P; Young, B. *Dependence and caring in clinical communication : The relevance of attachment and other theories*. Patient Education and Counseling. 2009; Mar - 74(3): pp. 331–8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3764431/>
75. Bloch, MG. *The Supreme Court and the Purposes of Medicine*. The New England of Journal Medicine. 2006 Mar 9; 354(10): pp. 993–5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16525134>
76. Alden, ER y Hoyt, DB. *Legislative Interference with the Patient–Physician Relationship*. The New England of Journal Medicine. 2012 Oct 18; 367: pp. 1557–9. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs1209858#t=article>
77. Farr A, C; Ryan, E; Lawrence, M. et al. *Religion, Conscience, and Controversial Clinical Practices*. The New England of Journal Medicine. 2007 Feb 8; 356: pp. 593-600. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs065316#t=article>
78. Curfman, G; Morrissey, S; Greene, M y Drazen, J. *Physicians and the First Amendment*. The New England of Journal Medicine. 2008 Dec 4; 359: pp.2484-5. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe0809669#t=article>
79. Cohen, G; Fernandez, H y Curfman, D. *When Religious Freedom Clashes with Access to Care*. The New England of Journal Medicine. 2014; 371(7): pp. 596–9. Disponible en: http://www3.med.unipmn.it/papers/2014/NEJM/2014-08-13_nejm/nejmp1407965.pdf
80. Annas, GJ y Crosby, SS. *Post-9.11 Torture at CIA “Black Sites”. Physicians and lawyers working together*. The New England of Journal Medicine. 2015 Jun 11; 372 (24): pp. 2279-81. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26061833>
81. Annas, GJ. *Military Medical Ethics-Physician First, Last, Always*. The New England of Journal Medicine. 2008 Sep 11; 359 (11): PP. 1087–90. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18784096>

82. Marks, JH y Bloche, MG. *The ethics of interrogation-the U.S. military's ongoing use of psychiatrists*. The New England of Journal Medicine. 2008 Sep 11; 359(11): pp. 1090-2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18784097>
83. Annas, GJ; Crosby, S y Glantz, L. *Guantanamo Bay: A Medical Ethics-free Zone?* The New England of Journal Medicine. 2013 Jul 11; 369(2): pp. 101-3. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1306065#t=article>
84. Grimen, H. *Power, trust, and risk: some reflections on an absent issue*. Medical anthropology quarterly. 2009; Mar - 23(1): pp. 16-33. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19449710>
85. Ubel, PA. *Medical facts versus value judgments-toward preference-sensitive guidelines*. The New England of Journal Medicine. 2015 Jun 25; 372(26): pp. 2475-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26107051?dopt=Abstract>
86. Annas, GJ; Ruger, T y Prah, J. *Money, Sex, and Religion - The Supreme Court's ACA Sequel*. 204 Aug 28; 371: pp. 862-866. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMhle1408081#t=article>
87. 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. Disponible en: https://www.comb.cat/cat/actualitat/noticies/sta/crv_ics.htm y https://www.comb.cat/cat/actualitat/noticies/sta/Pregunta_plataforma10.pdf
88. Luijks, HD; Loeffen, MJW; Lagro-janssen, AL y Weel C Van. *GPs' considerations in multimorbidity management*. British Journal of General Practice. 2012 Jul: e503-510. Disponible en: <http://bjgp.org/content/bjgp/62/600/e503.full.pdf>
89. Salisbury, C; Johnson, L; Purdy, S; Valderas, JM y Montgomery, AA. *Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care : a retrospective cohort study*. British Journal of General Practice. 2011; Jan - 61(582): e12-21. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21401985>
90. Shrivastava, SR; Shrivastava, PS y Ramasamy, J. *Perspective Exploring the dimensions of doctor-patient relationship in clinical practice in hospital settings*. International Journal of Health Policy and Management. 2014; May - 2(4): pp. 159-60. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4025091/>
91. Curfman, GD; Morrissey, S y Drazen, JM. *Prescriptions, Privacy, and the First Amendment*. The New England of Journal Medicine. 2011 May 26; 364(21): pp. 2053-5. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe1104460#t=article>
92. Mello, MM y Messing, NA. *Restrictions on the Use of Prescribing Data for Drug Promotion*. The New England of Journal Medicine. 2011 Sep 29; 365(13): pp. 1248-54. Disponible en: <http://www.shifa.com.pk/journals/filez/1248.pdf>
93. Steinbrook, R. *For Sale : Physicians' Prescribing Data*. The New England of Journal Medicine. 2006 Jun 29; 354: pp. 2745-7. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp068125#t=article>

94. Farma Industria. *Código de Buenas Prácticas de la Industria Farmacéutica*. Unidad de Supervisión deontológica. Madrid, 2014. Disponible en: <https://www.codigofarmaindustria.org/servlet/sarfi/elcodigo.html>
95. Williams-Jones, B. *Beyond a Pejorative Understanding of Conflict of Interest*. The American Journal of Bioethics. 2011; Jan - 11(1): pp. 1-2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21240793>
96. Brody, H. *Clarifying Conflict of Interest*. The American Journal of Bioethics. 2011; 11(1): pp. 23-28. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21240802>
97. Kiefer, B. *Conflits dans les conflits d'intérêts*. Revue Médicale Suisse. 2015; Vol 11. pp. 1368. Disponible en: <https://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-479/Conflits-dans-les-conflits-d-interets>
98. Loder, E; Brizzell, C y Godlee, F. *Revisiting the commercial-academic interface in*. The British Medicine Journal. 2015; 350: h2957. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/350/bmj.h2957.full.print?>
99. Toroser, D y Pepitone, K. *Two years into the Sunshine Act: synopsis of opportunities, challenges, learnings, and potential implications*. Current Medical Research and Opinion. 2016; Nov - 32(11): pp. 1899-1902. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27488885>
100. Classen, D y Mermel, L. *Specialty Society Clinical Practice Guidelines. Time for Evolution or Revolution?* Journal of the American Medical Association. 2015; 314(9): pp. 871-872. Disponible en: <http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2423641>
101. Steinbrook, R; Kassirer, JP y Angell, M. *Justifying conflicts of interest in medical journals : a very bad idea*. The British Medicine Journal (Clinical research ed.). 2015 June 2; 350; h2942. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26036926>
102. Gotzsche, P. *Medicamentos que matan y crimen organizado*. Gros Calsina, P. (trad.). Ed Los Libros del Lince, Barcelona. 2014; p. 63. ISBN: 9788415070450
103. Forbes Staff. *GlaxoSmithKline es acusado de fraude en China*. Forbes México. 19 de mayo de 2014 [Última consulta: 10/03/2016]. Disponible en: <http://www.forbes.com.mx/glaxosmithkline-es-acusado-de-fraude-en-china/>
104. Bolette, J; Bindslev, B; Schroll, J; Gøtzsche, PC y Lundh, A. *Underreporting of conflicts of interest in clinical practice guidelines : cross sectional study*. BMC Med Ethics. 2013 May 3; 14(19). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23642105>
105. Boyd, EA; Akl, EA; Baumann, M; Curtis, JR y Field, MJ. *Guideline Funding and Conflicts of Interest Guideline Development. An Official ATS / ERS Workshop Report*. Proceedings of the American Thoracic Society. 2012; Dec - 9(5): pp. 234-42. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23256165>
106. 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; 2014 Jul 27; 14(321). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25064372>

107. Elwyn, G; Quinlan, C; Mulley, A; Agoritsas, T; Vandvik, PO y Guyatt, G. *Trustworthy guidelines – excellent ; customized care tools – even better*. BMC Medicine; 2015; 1(5). Disponible en: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-015-0436-y>
108. Grande, D; Shea, JA y Armstrong, K. *Pharmaceutical Industry Gifts to Physicians : Patient Beliefs and Trust in Physicians and the Health Care System*. Journal of General Internal Medicine. 201; Mar - 27(3): pp. 274–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21671130>
109. Green, MJ; Masters, R; James, B; Simmons, B y Lehman, E. *Do Gifts From the Pharmaceutical Industry Affect Trust in Physicians?* Family Medicine. 2012; May - 44(5): pp. 325–31. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23027114>
110. Moskop, JC; Iserson, KV; Aswegan, AL; Larkin, GL y Schears, RM. *Gifts to Physicians From Industry: The Debate Evolves*. Annals of Emergency Medicine. 2012; Feb - 59(2) pp. 89–97. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21875761>
111. Cain, DM y Detsky, AS. *Everyone’s a Little Bit Biased (Even Physicians)*. JAMA. 2008 Jun 25; 299(24): pp. 2893–5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18577735>
112. Tejani, AM; Loewen, P; Bachand, R y Harder, CK. *Pharmacists’ Perceptions of the Influence of Interactions with the Pharmaceutical Industry on Clinical Decision-Making*. The Canadian Journal of Hospital Pharmacy. 2015 Sep-Oct; 68(5): pp. 378–85. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4605461/>
113. 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. 2003; Summer - 3(3): pp. 39-46. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14594489>
114. Campbell, EG; Gruen, RL; Mountford, J; Miller, LG; Cleary, PD y Blumenthal D. *A National Survey of Physician-Industry Relationships*. The New England journal of medicine. 2007 Aug 2; 357(5): pp. 508. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17674457>
115. 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. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4199668/>
116. Chimonas, S; Rozario, NM y Rothman, DJ. *Show Us the Money: Lessons in Transparency from State Pharmaceutical Marketing Disclosure Laws*. Health Services Research. 2010; Feb - 45(1): pp. 98–114. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2813439/>
117. Grundy, Q. *The physician payments Sunshine Act and the unaddressed role of nurses: An interest group analysis*. Policy, politics & nursing practice. 2012; Aug - 13(3): pp. 154–61. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23416630>
118. Gagnon, MA y Lexchin, J. *The cost of pushing pills: A new estimate of pharmaceutical promotion expenditures in the United States*. PLoS Medicine. 2008; Jan - 5(1): e1. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18177202>

119. Lee, J. *Already feeling the heat: Docs rethinking payments as Sunshine Act looms*. Modern Healthcare. 2013 Jul 1; 43(26): pp. 12-3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23878901>
120. Adams, C. *Fair balance and adequate provision in direct-to-consumer prescription drug online banner advertisements: A content analysis*. Journal of Medical Internet Research. 2016 Feb 18; 18(2): e33 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26892749>
121. Lee, J. CME shelter. *Sunshine Act waiver for med ed payments may prompt marketing shift for product makers*. Modern Healthcare. 2014 Jun 30; 44(26): pp. 16-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25134407>
122. Mackey, TK y Liang, BA. *It's Time to Shine the Light on Direct-to-Consumer Advertising*. Annals of Family Medicine. 2015; Jan-Feb - 13(1): pp. 82-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25583897>
123. Fundación Salud. *Marketing y Publicidad de medicamentos en la industria farmacéutica: Entorno Digital (Salud 2.0). Informe del experto N°8*. Madrid, 2013.
124. 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. Primera edición. Madrid, 2011.
125. Kornfield, R; Donohue, J; Berndt, ER y Alexander, GC. *Promotion of Prescription Drugs to Consumers and Providers, 2001 – 2010*. PLoS One. 2013 Mar 4; 8(3): e55504. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23469165>
126. Mackey, TK; Cuomo, RE y Liang, BA. *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. 2015 Jun 19; 15: p. 236 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26084705>
127. Fundació Institut Català de Farmacologia. *Las supuestas ventajas de celecoxib y rofecoxib: fraude científico*. Butlletí Grog. Universitat Autònoma de Barcelona. 2002; 15(4): pp. 13–5. Disponible en: <https://www.icf.uab.cat/assets/pdf/productes/bg/es/bg154.02e.pdf>
128. Vo, KT; van Wijk, XM; Lynch, KL; Wu, AH y Smollin, CG. *Counterfeit Norco Poisoning Outbreak - San Francisco Bay Area, California, March 25-April 5, 2016*. Morbidity and mortality weekly report. 2016; 65(16): pp. 420–3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27123589>
129. 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. May 2, 2016. Disponible en: <http://circ.ahajournals.org/>
130. VV.AA. *Guía de terapia farmacológica*. Medimecum 2017. Ed. Eviscience Publications. ISBN: 9788494623417

131. Pipon, JC y Williams-Jones B. *Regulating Direct-to-Consumer Drug Information: A Case Study of Eli Lilly's Canadian 40over40 erectile Dysfunction campaign*. Health Policy. 2015; May - 10(4): pp.16–23. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26142356>
132. B elisle-Pipon, JC y Williams-Jones, B. *Drug Familiarization and Therapeutic Misconception Via Direct-to-Consumer Information*. Journal of bioethical inquiry. 2015; Jun - 12(2): pp. 259-67. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25963773>
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. 2007; Mar-Apr - 5(2): pp. 180-1. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17389544>
134. Stange, KC. *Time to ban direct-to-consumer prescription drug marketing*. Annals of Family Medicine. 2007; Mar-Apr - 5(2): pp. 101-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17389532>
135. Frosch, DL; Krueger, PM; Hornik, RC; Cronholm, PF y Barg, FK. *Creating Demand for Prescription Drugs : A Content Analysis of Television Direct-to-Consumer Advertising*. Annals of Family Medicine. 2007; Jan-Feb - 5(1): pp. 6-13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17389532>
136. Thomas, JW; Ziller, EC y Thayer, DA. *Low Costs of Defensive Medicine, Small Savings from Tort Reform*. Health affairs (Project Hope). 2010; Sep - 29(9): pp. 1578-84. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20820011>
137. Ortashi, O; Virdee, J; Hassan, R; Mutrynowski, T y Abu-zidan, F. *The practice of defensive medicine among hospital doctors in the United Kingdom*. BMC Medical Ethics; 2013 Oct 29; 14: p. 42. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24168064>
138. Lippi, G; Favaloro, EJ y Franchini, M. *Dangers in the Practice of Defensive Medicine in Hemostasis Testing for Investigation of Bleeding or Thrombosis: Part I — Routine Coagulation Testing*. Seminars in thrombosis and hemostasis. 2014; Oct - 40(7): pp. 812-24. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25313524>
139. Nahed, BV; Babu, MA; Smith, TR y Heary, RF. *Malpractice Liability and Defensive Medicine: A National Survey of Neurosurgeons*. PLoS One. 2012; 7(6): e39237. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22761745>
140. Solaroglu, I; Izci, Y; Yeter, HG; Metin, MM y Keles, GE. *Health Transformation Project and Defensive Medicine Practice among Neurosurgeons in Turkey*. PLoS One. 2014 Oct 21; 9(10): e111446. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25333736>
141. Antoci, A; Maccioni, AF y Russu, P. *The Ecology of Defensive Medicine and Malpractice Litigation*. PLoS One. 2016; 11(3): e0150523. Disponible de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4794151/>
142. Kavanagh, KT; Calderon, LE y Saman, DM. *The Relationship Between Tort Reform and Medical Utilization*. Journal of Patient Safety. 2014; Dec - 10(4): pp. 222–30. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24104483>

143. Welch, HG y Black, WC. *Overdiagnosis in Cancer*. Journal of the National Cancer Institute. 2010 May 5; 102(9): pp. 605-13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20413742>
144. Ahn, HS y Welch, HG. *South Korea's Thyroid-Cancer "Epidemic" — Turning the Tide*. The New England Journal of Medicine. 2015 Dec 10; 373(24): pp. 2389-90. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26650173>
145. Ahn, HS; Kim, HJ y Welch, HG. *Korea's Thyroid-Cancer "epidemic" — Screening and overdiagnosis*. The New England Journal of Medicine. 2014 Nov 6; 371(19): pp. 1765-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25372084>
146. Makary, MA y Daniel, M. *Medical error — the third leading cause of death in the US*. BMJ (Clinical research ed.). 2016 May 3; 353: i2139. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27143499>
147. Zwecker, P; Azoulay, L y Abenhaim, HA. *Effect of Fear of Litigation on Obstetric Care: A Nationwide Analysis on Obstetric Practice*. American Journal of Perinatology. 2011; Apr - 28(4): pp. 277-84. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21249618>
148. Schiffrin, BS y Cohen, WR. *The effect of malpractice claims on the use of caesarean section*. Best practice & research. Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2013; 27(2): pp. 269–83. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23206669>
149. Ali, AA; Hummeida, ME; Elhassan, YAM; Nabag, WOM; Ahmed, MAA y Adam, GK. *Concept of defensive medicine and litigation among Sudanese doctors working in obstetrics and gynecology*. BMC Medical Ethics. 2016; 17(12): pp. 1–5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26860084>
150. Kim, C y Vidovich, MI. *Medicolegal Characteristics of Cardiac Catheterization Litigation in the United States, 1985 to 2009*. The American Journal of Cardiology. 2013 Nov 15; 112(10): pp. 1662-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24012022>
151. Brown, TW; Mccarthy, ML; Kelen, GD y Levy, F. *An Epidemiologic Study of Closed Emergency Department Malpractice Claims in a National Database of Physician Malpractice Insurers*. Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine. 2010; May - 17(5): pp. 553-60. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20536812>
152. Aldakhil, LO. *Obstetric and gynecologic malpractice claims in Saudi Arabia: Incidence and cause*. Journal of Forensic and Legal Medicine – Elsevier. 2016; 40: pp. 8–11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26947435>
153. Balogh, EP; Miller, BT y Ball, JR, (Eds.) *Improving Diagnosis in Health Care*. Washington (DC): National Academies Press (US). 2015. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26803862>
154. Parmet, WE; Smith, JA y Miller, MJ. *Wollschlaeger v. Governor of Florida — The first amendment, Physician Speech, and Firearm Safety*. The New England Journal of Medicine. 2016 Jun 16; 374(24): pp. 2304-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27305190>

155. Bunting, RF y Groszkruger, DP. *From To Err Is Human to Improving Diagnosis in Health Care: The risk management perspective*. The journal of the American Society for Healthcare Risk Management. 2016; 35(3): pp. 10-23. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26789744>
156. Parmet, WE; Smith, JA y Miller, M. *Physicians, Firearms, and Free Speech-Overturning Florida's Firearm-Safety Gag Rule*. The New England Journal of Medicine. 2017; May - 376(20): pp.1902-1903. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28402707>
157. Chiolero, A; Paccaud, F; Aujesky, D; Santschi, V y Rodondi, N. *How to prevent overdiagnosis*. Swiss Medical Weekly. 2015 Jan 22; 145: w14060. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25612105>
158. Vernooij, RW; Willson, M y Gagliardi, AR. *Characterizing patient-oriented tools that could be packaged with guidelines to promote self-management and guideline adoption: a meta-review*. Implementation Science: IS. 2016; 11: p. 52. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27079375>
159. de Jongh, T; Gurol-Urganci, I; Vodopivec-Jamsek, V; Car, J y Atun, R. *Mobile phone messaging for facilitating self-management of long-term illnesses*. The Cochrane database of systematic reviews. 2012 Dec 12; 12: CD007459. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23235644>
160. Curfman, GD; Morrissey, S; Greene, MF y Drazen, JM. *Physicians and the First Amendment*. The New England journal of medicine. 2008 Dec 4; 359(23): pp. 2484-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19020318>
161. Combs, MP; Antiel, RM; Tilburt, JC; Mueller, PS y Curlin, FA. *Conscientious refusals to refer: Findings from a national physician survey*. Journal of Medical Ethics. 2011; Jul - 37(7): pp. 397-401. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21335574>
162. Tilburt, JC; James, KM; Jenkins, SM; Antiel, RM; Curlin, FA y Rasinski, KA. *"Righteous minds" in health care: measurement and explanatory value of social intuitionism in accounting for the moral judgments in a sample of U.S. physicians*. PLoS One. 2013 Sep 4; 8(9): e73379. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24023864>
163. Pouvourville, G. *Paying doctors for performance*. The European Journal of Health Economics : Health Economics in Prevention and Care. 2013; Feb - 14(1): pp. 1-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22699457>
164. Division Director Review. *Center for drug evaluation and research*. Summary Review for Regulatory Action. 2009. Disponible en: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/2010/022511Orig1s000SumR.pdf
165. Coleman, JA. *Authority, Power, Leadership: Sociological Understandings*. New Theology Review. 2013; Apr - 10(3): pp. 31-44. Disponible en: <http://newtheologyreview.org/index.php/ntr/article/view/563>.

166. Iwuh, E. *Max Weber on power and authority*. Curso sobre Social and Political Philosophy. Department of Dominican institute of Phiñpspphy and Theology, 2012. Disponible en: <http://emmadon.yolasite.com/resources/MAX%20WEBER%20ON%20POWER%20AND%20AUTHORITY.pdf>
167. DeJong, C y Dudley, A. *Reconsidering Physician–Pharmaceutical Industry Relationships*. JAMA 2017; May - 317(17): pp1772-1773 Disponible en: <http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2623589>
168. [No authors listed]. *The goals of medicine. Setting new priorities*. The Hastings Center report. 1996 Nov-Dec; 26(6): pp. S1-27. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8970793>
169. Waitzkin, H y Noble, M. *Caring for Active Duty Military Personnel in the Civilian Sector*. Social Medicine. 2009 Mar 1; 4(1): pp. 56-69. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21339846>
170. Gross, ML. *Force-Feeding, Autonomy, and the Public Interest*. The New England Journal of Medicine. 2013; 369(2): pp. 103–5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23758204>
171. World Medical Association. *Declaration of Malta on Hunger Strikers*. 2006. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-malta-on-hunger-strikers/>
172. Lazzarini, Z. *South Dakota's abortion script — threatening the physician-patient relationship*. The New England Journal of Medicine. 2008 Nov 20; 359(21): pp. 2189-91. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19020321>
173. Antiel, RM; Curlin, FA; James, KM y Tilburt, JC. *The moral psychology of rationing among physicians: the role of harm and fairness intuitions in physician objections to cost-effectiveness and cost-containment*. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine. 2013 Sep 8; 8(1); p. 13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24010636>
174. Combs, MP; Antiel RM; Tilburt, JC; Mueller, PS y Curlin, FA. *Conscientious refusals to refer: Findings from a national physician survey*. Journal of Medical Ethics. 2011; Jul - 37(7): pp. 397-401. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21335574>
175. Curlin, FA; Lawrence, RE; Chin, MH y Lantos, JD. *Religion, conscience, and controversial clinical practices*. The New England Journal of Medicine. 2007 Feb 8; 356(6): pp. 593-600. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17287479>
176. O'Donnell, EP; Humeniuk, KM; West, CP y Tilburt, JC. *The effects of fatigue and dissatisfaction on how physicians perceive their social responsibilities*. Mayo Clinic Proceedings. 2015; Feb - 90(2): pp. 194-201. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25659237>
177. Haidt, J. *The New Synthesis in Moral Psychology*. Science. 2007 May 18; 316(5827): pp. 998-1002. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17510357>

178. Burkle, CM; Mueller, PS; Swetz, KM; Hook, CC y Keegan, MT. *Physician perspectives and compliance with patient advance directives: the role external factors play on physician decision making*. BMC Medical Ethics; 2012 Nov 21; 13: pp. 31. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23171364>
179. O'Sullivan, R; Mailo, K; Angeles, R y, Agarwal, G. *Advance directives: survey of primary care patients*. Canadian family physician Medecin de Famille Canadien. 2015; Apr - 61(4): pp. 353-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25873704>
180. Hadler, RA; Neuman, MD; Raper, S y Fleisher, LA. *Advance Directives and Operating, Room for improvement? A & A case reports*. 2016 Apr 1; 6(7): pp. 204-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26599738>
181. Fournier, V; Berthiau, D; Kempf, E y D'Haussey, J. *Quelle utilité des directives anticipées pour les médecins?* Presse medicale (Paris, France: 1983). 2013; Jun - 42(6 Pt 1): e159-69 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23433956>
182. Gabler, NB; Cooney, E; Small, DS; Troxel, AB; Arnold, RM; White, DB; et al. *Default options in advance directives: study protocol for a randomised clinical trial*. BMJ Open. 2016 Jun 6; 6(6): e010628. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27266769>
183. Kuhl, D; Stanbrook, MB y Hebert, PC. *What people want at the end of life*. CMAJ: Canadian Medical Association journal. 2010 Nov 9; 182(16): p. 1707. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20837681>
184. Perkins; HS. *Controlling death: The false promise of advance directives*. Annals of Internal Medicine. 2007 Jul 3; 147(1): pp. 51-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17606961>
185. Rolnick JA1, Asch DA1, Halpern SD1. *Delegalizing Advance Directives – Facilitating Advance Care Planning*. The New England Journal of Medicines. 2017 Jun 1; 376 (22): pp. 2015-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28564570>
186. Klingler, C; in der Schmitt, J y Marckmann, G. *Does facilitated Advance Care Planning reduce the costs of care near the end of life? Systematic review and ethical considerations*. Palliative medicine. 2016; May - 30(5): pp. 423-33. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26294218>
187. Colaberdino, V; Marshall, C; DuBose, P y Daitz, M. *Economic Impact of an Advanced Illness Consultation Program within a Medicare Advantage Plan Population*. Journal of palliative medicine. 2016; Jun - 19(6): pp. 622-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27116078>
188. O'Sullivan, R; Murphy, A; O'Caomh, R; Cornally, N; Svendrovski, A; Daly, B; et al. *Economic (gross cost) analysis of systematically implementing a programme of advance care planning in three Irish nursing homes*. BMC research notes. 2016 Apr 26; 9: p. 237 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27112921>
189. Hart, JL; Harhay, MO; Gabler, NB; Ratcliffe, S; Quill, CM y Halpern, SD. *Variability Among US Intensive Care Units in Managing the Care of Patients Admitted With Preexisting Limits on Life-Sustaining Therapies*. JAMA Internal Medicine. 2015; Jun - 175(6): pp. 1019-26. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25822402>

190. Tan, TS y Jatoi, A. *End-of-life hospital costs in cancer patients: Do advance directives or routes of hospital admission make a difference?* *Oncology*. 2011; 80(1-2): pp. 118-22. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21677456>
191. Dixon, J; Matosevic, T y Knapp, M. *The economic evidence for advance care planning: Systematic review of evidence*. *Palliative Medicine*. 2015; Dec - 29(10): pp. 869-84. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26060176>
192. Brinkman-Stoppelenburg, A; Rietjens, JA y van der Heide, A. *The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review*. *Palliative Medicine*. 2014; Sep - 28(8): pp. 1000-25. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24651708>
193. Piemonte, NM y Hermer, L. *Avoiding a "Death Panel" redux*. *The Hastings Center Report*. 2013; Jul-Aug - 43(4): pp. 20-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23842919>
194. Stark, M y Fins, JJ. *What's not being shared in shared decision-making?* *The Hastings Center Report*. 2013; Jul-Aug - 43(4): pp. 13-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23842917>
195. Oshima Lee, E y Emanuel, EJ. *Shared decision making to improve care and reduce costs*. *The New England Journal of Medicine*. 2013 Jan 3; 368(1): pp. 6-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23281971>
196. Weathers, E; O’Caoimh, R; Cornally, N; Fitzgerald, C; Kearns, T; Coffey, A; et al. *Advance care planning: A systematic review of randomised controlled trials conducted with older adults*. *Maturitas*. 2016; Sep – 91: pp. 101-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27451328>
197. Stacey, D; Légaré, F; Col, NF; Bennett, CL; Barry, MJ; Eden, KB; et al. *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions*. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014 Jan 28; (1): CD001431. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24470076>
198. Heyland, DK; Cook, DJ; Rocker, GM; Dodek, PM; Kutsogiannis, DJ; Skrobik, Y; et al. *Defining priorities for improving end-of-life care in Canada*. *Canadian Medical Association Journal*. 2010 Nov 9; 182(16): E747-52 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20921249>
199. Head, B; Chenault, J; Earnshaw, L; Pfeifer, M; Sawning, S; Schapmire, T y Shaw, MA. *Improving medical graduates' training in palliative care: advancing education and practice*. *Advances in Medical Education and Practice*. 2016 Feb 24; 7: pp. 99-113 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26955298>
200. Rietjens, J, Korfage, I y van der Heide, A. *Advance care planning: Not a panacea*. *Palliative Medicine*. 2016; May - 30(5): pp. 421–2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27095742>

201. Vernooij, RWM; Willson, M y Gagliardi, AR. *Characterizing patient-oriented tools that could be packaged with guidelines to promote self-management and guideline adoption: a meta-review*. Implementation Science: IS. 2016 Apr 14; 11: p. 52. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27079375>
202. Hillen, MA; de Haes, HC; van Tienhoven, G; Bijker, N; van Laarhoven, HW; Vermeulen, DM y Smets, EM. *All eyes on the patient: the influence of oncologists' nonverbal communication on breast cancer patients' trust*. Breast Cancer Research and Treatment. 2015; Aug - 153(1): pp. 161-71. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26227472>
203. Madjar, I; Kacen, L; Ariad, S y Denham, J. *Telling their stories, telling our stories: physicians' experiences with patients who decide to forgo or stop treatment for cancer*. Qualitative Health Research. 2007; Apr - 17(4): pp. 428-41. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17416697>
204. Olsen, KR. *Patient complexity and GPs' income under mixed remuneration*. Health Economics. 2012; Jun - 21(6): pp. 619-32. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21484937>
205. Salmerón, JM1; Benarroch, G; Piqué, JM y Rodés J. *Carrera profesional del personal médico. Un sistema incentivador útil cuando se mantienen sus principios de aplicación*. Medicina Clínica. 2008 Mar 22; 130(10): pp. 393-8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2554021>
206. Ruscitto, A; Mercer, SW; 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. 2016; Aug - 66(649): e561-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27381486>
207. Roland, M y Guthrie, B. *Quality and Outcomes Framework: what have we learnt?* BMJ (Clinical research ed.). 2016 Aug 4; 354(14): i4060. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27492602>
208. Lester, H; Schmittiel, 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.). 2010 May 11; 340: c1898. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20460330>
209. 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. 2011 Sep 7; 9: CD008451. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21901722>
210. 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. 2016 Mar 17; 374(11): pp. 1053-64. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26981935>

211. Murphy, DJ; Lyu, PF; Gregg, SR; Martin, GS; Hockenberry, JM; Coopersmith, CM; Sterling, M; Buchman, TG; y Sevransky, J. *Using incentives to improve resource utilization: a quasi-experimental evaluation of an ICU quality improvement program*. *Critical Care Medicine*. 2016; Jan - 44(1): pp. 162–170. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26496444>
212. Berenson, RA y Rice, T. *Beyond Measurement and Reward: Methods of Motivating Quality Improvement and Accountability*. *Health Services Research*. 2015; Dec - 50 Suppl 2: pp. 2155-86. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26555346>
213. Roland, M y Dudley, RA. *How Financial and Reputational Incentives Can Be Used to Improve Medical Care*. *Health Services Research*. 2015; Dec - 50 Suppl 2: pp. 2090-115. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26573887>
214. Maxwell, BG; Wong, JK; Miller, DC y Lobato, RL. *Temporal changes in survival after cardiac surgery are associated with the thirty-day mortality benchmark*. *Health Services Research*. 2014; Oct - 49(5): pp. 1659-69. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24713085>
215. Eijkenaar, F. *Key issues in the design of pay for performance programs*. *The European Health Economics in Prevention and Care*. 2013; Feb - 14(1): pp. 117-31. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21882009>
216. Van Herck, P; De Smedt, D; Annemans, L; Remmen, R; Rosenthal, MB y Sermeus W. *Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care*. *BMC Health Services Research*. 2010 Aug 23; 10: p. 247. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20731816>
217. Naci, H y Soumerai, SB. *History Bias, Study Design, and the Unfulfilled Promise of Pay-for-Performance Policies in Health Care*. *Preventing Chronic Disease*. 2016 Jun 23; 13: E82. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27337559>
218. Woolhandler, S y Himmelstein, DU. *Collateral damage: Pay-for-performance initiatives and safety-net hospitals*. *Annals of Internal Medicine*. 2015 Sep 15; 163(6): pp. 473-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26343907>
219. Kind, AJ; 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*. 2014 Dec 2; 161(11): pp. 765-74. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25437404>
220. Jha, AK; Joynt, KE; Orav, EJ y Epstein, AM. *The long-term effect of premier pay for performance on patient outcomes*. *The New England Journal of Medicine*. 2012 Apr 26; 366(17): pp. 1606-15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22455751>
221. Schlesinger, M; Grob, R y Shaller, D. *Using Patient-Reported Information to Improve Clinical Practice*. *Health Services Research*. 2015; Dec 50 Suppl 2: pp. 2116-54. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26573890>

222. Carman, KL; 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. 2013; Feb - 32(2): pp. 223-31. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23381514>
223. Struijs, JN y Baan, CA. *Integrating Care through Bundled Payments — Lessons from the Netherlands*. The New England Journal of Medicine. 2011 Mar 17; 364(11): pp. 990-1. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21410368>
224. Lemmens, LC; de Bruin, SR; Struijs, JN; Rijken, M; Nijpels, G y Baan, CA. *Patient involvement in diabetes care: experiences in nine diabetes care groups*. International journal of integrated care. 2015 Dec 15; 15; e044. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27118961>
225. Ham, C y Zollinger-Read, P. *What are the lessons from the USA for clinical commissioning groups in the English National Health Service?* Lancet (London, England). 2012 Jan 14; 379(9811): pp. 189-91. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21920598>
226. Blumenthal, D y Dixon, J. *Health-care reforms in the USA and England: Areas for useful learning*. Lancet. 2012 Oct 13; 380(9850): pp. 1352-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23063284>
227. OJO, no está el archivo, pero sí que está citado en el texto
228. Shortell, SM; McClellan, SR; Ramsay, PP; Casalino, LP; Ryan, AM y Copeland, KR. *Physician practice participation in accountable care organizations: The emergence of the unicorn*. Health Services Research. 2014; Oct - 49(5): pp. 1519-36. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24628449>
229. de Bakker, DH; Struijs, JN; Baan, CB; Raams, J; de Wildt, JE; Vrijhoef, HJ y Schut, FT. *Early results from Adoption of bundled payment for diabetes care in the Netherlands show improvement in care coordination*. Health Affairs. 2012; Feb - 31(2): pp. 426-33. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22323174>
230. Tanenbaum, SJ. *Can Payment Reform Be Social Reform? The Lure and Liabilities of the "Triple Aim"*. Journal of Health Politics, Policy and Law. 2017; Feb - 42(1): pp. 53-71. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27729444>
231. Petersen, C; DeMuro, P; Goodman, KW y Kaplan, B. *Sorrell v. IMS Health: issues and opportunities for informaticians*. Journal of the American Medical Informatics Association : JAMA. 2013 Jan 1; 20(1): pp. 35-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23104048>
232. Berwick, DM; Nolan, TW y Whittington, J. *The triple aim: Care, health, and cost*. Health Affairs. 2008; May-Jun - 27(3): pp. 759-69. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18474969>
233. Morgan, SG; Gagnon, MA; Mintzes, B y Lexchin, J. *A Better Prescription: Advice for a National Strategy on Pharmaceutical Policy in Canada*. Healthcare policy. 2016; Aug - 12(1): pp. 18-36. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27585023>

234. California HealthCare Foundation. *National Consumer Health Privacy Survey 2005*. Disponible en: <http://www.chcf.org/~media/MEDIA%20LIBRARY%20Files/PDF/PDF%20C/PDF%20ConsumerPrivacy2005ExecSum.pdf> .
235. Spurling, GK; Mansfield, PR; Montgomery, BD; Lexchin, J; Doust, J; Othman, N y Vitry, AI. *Information from pharmaceutical companies and the quality, quantity, and cost of physicians' prescribing: a systematic review*. PLoS Medicine. 2010 Oct 19; 7(10); e1000352. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20976098>
236. Henry, D. *Doctors and Drug Companies: Still Cozy after All These Years*. The International journal of risk & safety in medicine. 2011; 23(1): pp. 7-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21507781>
237. Frishman, WH. *Reflections on the Physicians Payment Sunshine Act*. The American Journal of Medicine. 2016; Jan - 129(1): pp. 3-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26291906>
238. Chew, M; Brizzell, C; Abbasi, K y Godlee, F. *Medical journals and industry ties*. BMJ (Clinical research ed.). 2014 Nov 28; 349: g7197. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25432164>
239. American Family Physician authors. Full Disclosure for CME Activities. Disponible en: <http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/journals/afp/COIform-2012.pdf>
240. Moynihan, R. *Rosiglitazone, marketing, and medical science*. BMJ (Clinical research ed.). 2010; 340: c1848. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/340/bmj.c1848>
241. Grundy, Q; Bero, L y Malone, R. *Interactions between Non-Physician Clinicians and Industry: A Systematic Review*. PLoS Medicine. 2013; Nov - 10(11): e1001561. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24302892>
242. Yeh, JS y Kesselheim, AS. *Same song, different audience: pharmaceutical promotion targeting non-physician health care providers*. PLoS Medicine. 2013; Nov - 10(11): e1001560. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24302891>
243. Newton, A; Lloyd-Williams, F; Bromley y H; Capewell, S. *Food for thought? Potential conflicts of interest in academic experts advising government and charities on dietary policies*. BMC Public Health. 2016 Aug 5; 16: p. 735. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27495802>
244. Graham, T; Alderson, P y Stokes, T. *Managing conflicts of interest in the UK National Institute for Health and Care Excellence (NICE) clinical guidelines programme: Qualitative study*. PLoS One. 2015 Mar 26; 10(3): e0122313. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25811754>
245. Godlee, F. *Conflicts of interest and pandemic flu*. BMJ (Clinical research ed.). 2010 Jun 3; 340: c2947. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20525680>
246. Miller, J; Rosenbloom, A y Silverstein, J. *Childhood Obesity*. The Journal of clinical endocrinology and metabolism. 2004; Sep 89(9): 4211-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15356008>

247. Carpentier, FR. *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. 2016 Feb 9; 5(4): pp. 283-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27239874>
248. McAlister, FA; Youngson, E y Kaul, P. *Patients With Heart Failure Readmitted to the Original Hospital Have Better Outcomes Than Those Readmitted Elsewhere*. Journal of the American Heart Association. 2017; May - 10;6(5): pii: e004892. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28490524>
249. 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 (Bradford, England). 2007; 20(2): pp. 76-84. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20690467>
250. Aikin, KJ; Swasy, JL y Braman, AC. *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. Disponible en: <https://www.fda.gov/downloads/AboutFDA/CentersOffices/CDER/ucm109877.pdf>
251. Schnipper, LE y Abel, GA. *Direct-to-Consumer Drug Advertising in Oncology Is Not Beneficial to Patients or Public Health*. JAMA Oncology. 2016 Nov 1; 2(11): pp. 1397-1398. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27532895>
252. Adams, C. *Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Drugs Can Inform the Public and Improve Health*. JAMA Oncology. 2016 Nov 1; 2(11): pp. 1395-1396. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27532690>
253. Biegler, P y Vargas, P. *Feeling Is Believing: Evaluative Conditioning and the Ethics of Pharmaceutical Advertising*. Journal of Bioethical Inquiry. 2016; Jun - 13(2): pp. 271-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26818244>
254. Mintzes, B. *Advertising of Prescription-Only Medicines to the Public: Does Evidence of Benefit Counterbalance Harm?* Annual Review of Public Health. 2012; Apr – 33: pp. 259-77. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22429162>
255. 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. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/IPT-nivolumab-Opdivo-cancer-pulmon-NMHNE.pdf>
256. Kucab, P; Stepanyan, KD y Fugh-Berman, A. *Direct-to-consumer Marketing to People with Hemophilia*. PLoS Medicine. 2016 Jun 14; 13(6): e1001996. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27299305>
257. Gagnon, M y Lexchin, J. *The Cost of Pushing Pills: A New Estimate of Pharmaceutical Promotion Expenditures in the United States*. PLoS Medicine. 2008 Jan 3; 5(1): e1. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18177202>

258. Sheehan, KB. *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): 159–69. Disponible en: <http://journals.ama.org/doi/abs/10.1509/jppm.22.2.159.17645?code=amma-site>
259. Coopes, A. *Australian campaign aims to stop visits from drug representatives*. British Medical Journal (BMJ). 2014 Oct 10; 349: g6183. Disponible en: <http://search.proquest.com/openview/e47b9c1853077e27be47817f8f5c863e/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=2040978>
260. Ball, DE; Tisocki, K y Herxheimer, A. *Advertising and disclosure of funding on patient organisation websites: a cross-sectional survey*. BMC Public Health. 2006 Aug 3; 6(1): p. 201. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16887025>
261. Rose, SL. *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): pp. 680-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24088159>
262. 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. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22590498>
263. Arie, S y Mahony, C. *Should patient groups be more transparent about their funding?* BMJ (Clinical research ed.). 2014 Sep 29; 349: g5892. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25266116>
264. Groen, EJ; Elshof, LE; Visser, LL; Rutgers, EJ; Winter-Warnars, HA; Lips EH y Wesseling, J. *Finding the balance between over- and under-treatment of ductal carcinoma in situ (DCIS)*. Breast (Edinburgh, Scotland). 2017 Feb; 31: pp. 274-283. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27671693>
265. Brennan, K; Holsinger, C; Dosiou, C; Sunwoo, JB; Akatsu, H; Haile, R y Gevaert, O. *Development of prognostic signatures for intermediate-risk papillary thyroid cancer*. BMC Cancer; 2016 Sep 15; 16(1): p.736. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27633254>
266. Renkema, E; Broekhuis, M y Ahaus, K. *Conditions that influence the impact of malpractice litigation risk on physicians' behavior regarding patient safety*. BMC Health Services Research; 2014 Jan 25; 14: p. 38. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24460754>
267. Studdert, DM; Mello, MM; Sage, WM; DesRoches, CM; Peugh, J; Zapert, K y Brennan, TA. *Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment*. JAMA. 2005 Jun 1; 293(21): pp. 2609-17. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15928282>
268. Jena, AB; Schoemaker, L; Bhattacharya, J y Seabury, SA. *Physician spending and subsequent risk of malpractice claims: observational study*. BMJ (Clinical research ed.). 2015 Nov 4; 351: h5516. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26538498>

269. Stacey, D; Légaré, F; Col, NF; Bennett, CL; Barry, MJ; Eden, KB; et al. *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review)*. The Cochrane database of systematic reviews. 2014; 2014(1).
270. Petriwskyj, A; Gibson, A y Webby, G. *Participation and power in care: Exploring the "client" in client engagement*. Journal of Aging Studies. 2014; Dec - 31: pp. 119-131. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890406514000589>
271. Lings, P; Evans, P; Seamark, D; Seamark, C; Sweeney, K; Dixon, M y Pereira, G. *The doctor-patient relationship in US primary care*. The Journal of the Royal Society of Medicine. 2003; Apr - 96(4): pp. 180-184. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC539446/>
272. Zanini, C; Sarzi-Puttini, P; Atzeni, F; Di Franco, M y Rubinelli, S. *Doctors' insights into the patient perspective, a qualitative study in the field of chronic pain*. BioMed Research International. 2014; 2014. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2014/514230/ref/>
273. Tarrant, C; Dixon-Woods, M; Colman, AM y Stokes, K. *Continuity and Trust in Primary Care: A Qualitative Study Informed by Game Theory*. Annals of Family Medicine. 2010; Sep - 8(5): pp. 440-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2939420/>
274. Rhodes, P; Sanders, C; Campbell, S; *Relationship continuity: when and why do primary care patients think it is safer?* The British Journal of General Practice. 2014; Dec - 64(629): e758–e764. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4240148/>
275. Schouten, BC y Meeuwesen, L. *Cultural differences in medical communication: a review of the literature*. Patient Education and counseling. 2006; Dec - 64(1-3): pp. 21-34. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16427760>
276. Gérard, L; François, M; de Chefdebien, M; Saint-Lary, O y Jami, A. *The patient, the doctor, and the patient's loyalty: a qualitative study in French general practice*. The British Journal of General Practice. 2016; Nov - 66(652): pp.e810-e818. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27789510>
277. Rocque, R y Leanza, Y. *A Systematic Review of Patients' Experiences in Communicating with Primary Care Physicians: Intercultural Encounters and a Balance between Vulnerability and Integrity*. PLoS One. 2015 Oct 6; 10(10): e0139577. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26440647> y Dash, J; Dagmar, M.H; Sommer, J y Junod, N. *Use of email, cell phone and text message between patients and primary care physicians: cross-sectional study in a French-speaking part of Switzerland*. BMC Health Services Research. 2016 Oct 5; 16 (1): 549. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27716256>
278. Dillaway, WC. *Why I give my cell phone number to my patients*. Family Practice Management. 2009; Jul - Aug 16(4): pp. 24-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19621869>
279. Goyder, C; Atherton, H; Car, M; Heneghan, CJ y Car, J. *Email for clinical communication between healthcare professionals (Review)*. The Cochrane Database System Review, 2015. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25698124>

280. Peleg, R y Nazarenki, E. *Providing cell phone numbers and e-mail addresses to patients: The patient's perspective, a cross sectional study*. Israel Journal of Health Policy Research. 2012 Aug 28; 1(1): 32. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22929801>
281. Peleg, R; Avdalimov, A y Freud, T. *Providing cell phone numbers and email addresses to Patients: the physician's perspective*. BMC Research Notes. 2011 Mar 23; 4(76)- Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3076270/>
282. Daker- White, G; Hays, R; McSharry, J; Giles, S; Cheraghi-Sohi, S; Rhodes, P y Sanders, C. *Blame the Patient, Blame the Doctor or Blame the System? A Meta-Synthesis of Qualitative Studies of Patient Safety in Primary Care*. PLoS One. 2015 Aug 5; 10(8): e0128329. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4526558/>
283. Simpson, JM; Checkland, K; Snow, S; Voorhees, J; Rothwell, K y Esmail, A. *Access to general practice in England, time for a policy rethink*. The British Journal of General Practice. 2015; Nov - 65(640): pp. 606-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26500315>
284. Pereira, D; Sidaway-Lee, K y White, E. *Continuity of care is very important*. The British Journal of General Practice. 2015; 65(636): pp. 340. Disponible en: <http://bjgp.org/content/65/636/340>
285. Jones, R. *Access to primary care: creative solutions are needed*. The British Journal of General Practice. 2015; 65(641): pp. 620-621. Disponible en: <http://bjgp.org/content/65/641/620>
286. Osborn, R; Moulds, D; Squires, D; Doty, MM y Anderson, C. *International survey of older adults finds shortcomings in access, coordination, and patient-centered care*. Health Affairs. 2014; Dec - 33(12): pp. 2247-55. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25410260>
287. Frandsen, BR; Joynt, KE; Rebitzer, JB y Jha, AK. *Care Fragmentation, Quality, and Costs Among Chronically Ill Patients*. The American Journal of Managed Care. 2015; May - 21(5): pp. 355-62. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26167702>
288. Taylor, EF; Machta, RM; Meyers, DS; Genevro, J y Peikes, DN. *Enhancing the primary care team to provide redesigned care: the roles of practice facilitators and care managers*. Annals of Family Medicine. 2013; Jan/Feb - 11(1): pp. 80-3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23319510>
289. Pourat, N; Charles, SA y Snyder, S. *Availability of Care Concordant With Patient-centered Medical Home Principles Among Those With Chronic Conditions*. Medical Care. 2016; Mar - 54(3): pp. 262-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26871644>
290. Smeets, M; Van Roy, S; Aertgeerts, B; Vermandere, M y Vaes, B. *Improving care for heart failure patients in primary care, GPs' perceptions: a qualitative evidence synthesis*. The British Medicine Journal (Open). 2016 Nov 30; 6(11): e013459. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27903565>

291. Ziehm, J; Farin, E; Katharina, S; Becker, G y Köberich, S. *Health care professionals' attitudes regarding palliative care for patients with chronic heart failure: an interview study*. BMC Palliative Care. 2016; 15(76). Disponible en: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-016-0149-9>
292. Hussey, PS; Schneider, EC; Rudin, RS; Fox, DS; Lai, J y Pollack, CE. *Continuity and the costs of care for chronic disease*. JAMA Internal Medicine. 2014; May - 174(5): pp. 742-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24638880>
293. Chen, LM y Ayanian, JZ. *Care continuity and care coordination: what counts?* JAMA Internal Medicine. 2014; May - 174(5): pp. 749-50. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24638199>
294. Kemp, KA; Santana, MJ; Southern, DA; McCormack, B y Quan, H. *Association of inpatient hospital experience with patient safety indicators, a cross-sectional Canadian study*. The British Medicine Journal (Open). 2016 Jul 1; 6(7): e011242. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4947763/>
295. Gleeson, H; Calderon, A; Swami, V; Deighton, J; Wolpert, M y Edbrooke-Childs, J. *Systematic review of approaches to using patient experience data for quality improvement in healthcare settings*. The British Medicine Journal (Open). 2016; 6: e011907. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/content/6/8/e011907>
296. Dulko, D; Pace, CM; Dittus, KL; Sprague, BL; Pollack, LA; Hawkins, NA y Geller, BM. *Barriers and facilitators to implementing cancer survivorship care plans*. Oncology Nursing Forum. 2013; Nov - 40(6): pp. 575-80. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24161636>
297. Norman, A; Sisler, J; Hack, T y Harlos, M. *Family physicians and cancer care. Palliative care patients' perspectives*. The College of Family Physicians of Canada. 2001; Oct - 47: pp. 2009-2012, 2015-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2018446/>
298. Sisler, J; Chaput, G; Sussman, J y Ozokwelu, E. *Suivi après le traitement du cancer du sein. Guide pratique des soins aux survivantes à l'intention des médecins de famille*. The College of Family Physicians of Canada. 2016 Oct; 62 (10): e578–e585. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5063783/>
299. Buisan, L. *La confidencialitat en l'assistència sanitària. Del secret mèdic a la història clínica compartida a Catalunya*. Edicions i Publicacions de la Universitat de Barcelona, Barcelona. 2013. ISBN: 978-84-4753-733-4
300. Rojas, EM; Aristizabal, L y Babilonia, V. *Alcance del concepto del médico tratante en las acciones de tutela para proteger el derecho al diagnóstico*. Revista CES derecho. 2014; 5(2): pp. 197-219. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S214577192014000200007&script=sci_abstr act&tlng=es
301. 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. 2015; Jun - 27. Disponible en: <https://www.healthit.gov/sites/default/files/briefs/oncdatabrief27june2015privacyandsecurity.pdf>

302. Campos-Castillo, C y Anthony, DL. *The double-edged sword of electronic health records: implications for patient disclosure*. Journal of the American Medical Informatics Association: JAMA. 2015; Apr - 22(e1): e130-40. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25059953>
303. Ordre National des Medecine. *Code de déontologie médicale*. Conseil National de l'Ordre. Francia, 2016. Disponible en: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-code-de-deontologie-medicale-915>
304. Moynihan, R y Bero, L. *Toward a Healthier Patient Voice: More Independence, Less Industry Funding*. JAMA Internal Medicine. 2017 Mar 1; 177(3): pp. 350-351. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28114596>
305. Campbell, EG; Rao, SR; DesRoches, CM; Iezzoni, LI; Vogeli, C; Bolcic-Jankovic, D y Miralles, PD. *Physician professionalism and changes in physician-industry relationships from 2004 to 2009*. Archives of Internal Medicine. 2010 Nov 8; 170(20): pp. 1820-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21059976>
306. Rose, SL; Highland, J; Karafa, MT y Joffe, S. *Patient Advocacy Organizations, Industry Funding, and Conflicts of Interest*. JAMA Internal Medicine. 2017 Mar 1; 177(3): pp. 344-350. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28114624>
307. 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. 2016 Feb 21; 5(5): pp. 333-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27239884>
308. 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 2017 Jun 30;66(25): pp. 679. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6625a5>