

# ÈTICA MÈDICA: els límits de la incentivació professional

Dr. Andreu Martín

## Introducció

- La professió mèdica ha canviat molt en els últims 30 anys
  - Irrupció en el món sanitari de molts altres actors: canvis en la relació clínica
  - Limitacions en les decisions mèdiques per part d'empreses i administració sobre diagnòstics i intervencions terapèutiques
  - Interessos econòmics que aniran en augment en el futur per la importància de rendibilitzar els recursos en un entorn de limitació d'aquests
- Conflictes en el metge per la seva doble condició de “*care*” i “*manager*”

## Parlem d'ètica (I)

- Jurament hipocràtic.
  - Els valors de beneficència i no maledicència han estat els únics vàlids durant segles
  - Són els que conformen el paradigma tradicional del paternalisme mèdic
- Principi d'autonomia
  - Apareix als anys 70 del segle XX i es converteix en el valor ètic més important en la relació metge-pacient

## Parlem d'ètica (II)

- Principi de Justícia Social
  - Sorgeix als anys 80
  - Com a conseqüència del creixement exponencial dels costos sanitaris i el caràcter majoritàriament públic dels sistemes sanitaris
  - Comporta l'anàlisi econòmica de l'assignació i distribució de recursos en salut
  - A partir d'aquí sorgeix amb força el doble rol del metge en tant que cuidador i gestor de recursos

## Parlem d'incentius

- Des del punt de vista socioeconòmic es considera incentiu qualsevol factor que proporciona un motiu per a una acció u omissió i explica que es prefereixi l'opció escollida a les seves alternatives.

## Tipus d'incentius (I)

- Primer nivell: les regles socials en joc
  - Com es configura l'estat del benestar
  - Les normes professionals clíniques que poden incentivar al metge tant positiva com negativament
  - Les relacions del sistema sanitari amb els seus proveïdors externs. Articulació d'un sistema públic amb empreses privades amb ànim lucratiu

## Tipus d'incentius (II)

- Segon nivell: les formes organitzatives de les institucions sanitàries
  - Burocràcia
  - Descentralització
  - Autonomia de gestió
- Tercer nivell: incentius individuals o de grup destinats a persones que pretenen un canvi positiu dels seus comportaments
  - Promoció, prestigi
  - Estabilitat, diners

## **Managed Care (Gestió Cínica, Gestió d'Ús, Medicina Gestionada, etc)**

- Expressió anglesa de difícil traducció que neix del doble rol professional de *care* (cuidador) i *manager* (gestor de recursos). S'estableix com a sistema de gestió de les empreses o institucions
- *Hard Managed Care*:
  - a més estalvi més ingressos
  - només al servei de valors instrumentals
- *Soft Managed Care*:
  - premien la bona pràctica i no únicament l'estalvi.
  - hi ha uns valors intrínsecs que s'han de respectar i el valors instrumentals han d'estar al seu servei



## A Catalunya

- Els gerents disposen de 2 potents instruments que modifiquen de manera substancial la conducta dels professionals clínics: carrera professional i pagament retributiu variable (DPO)
- D'aquests, el de major influència en la conducta clínica és la DPO

## Carrera professional

- Antiguitat a l'empresa
- Activitat docent i investigadora
- Mèrits en gestió
- Mèrits acadèmics
- **Compromís amb l'empresa**
- **Consecució anual d'objectius (DPO)**

Regla general: a major pes de l'eix compromís amb l'empresa i la consecució d'objectius, major influència de l'empresa sobre la conducta del clínic. Quan més pes té la valoració dels directius, menor és el pes de la docència i la recerca

## DPO (indicadors)

- Qualitat assistencial: obtinguts, generalment, dels registres informatitzats
- Perfil de prescripció farmacològica: obtinguts a través de les receptes retirades pel pacient de la farmàcia
- Objectius particulars pactats amb cada professional, segons les necessitats del centre on treballa

## DPO

### Aspectes positius:

- franca reducció de la factura de farmàcia
- millora en el procés d'atenció segons els indicadors proposats
- reconeixement dels millors professionals

### Aspectes negatius:

- Es desconeix si la millora en els indicadors ve acompanyada d'un augment de la qualitat de vida i d'evitació de mortalitat i morbiditat
- No es contempla la personalització del tracte (el pacient com a prioritat)
- No es reflecteix la qualitat real de l'acte clínic (l'empatia o la cortesia)
- Es poden donar perversions en el sentit de deixar de fer allò que no

s'incentiva

## Conclusions

- Sembla que aquest sistema de pagament o altre similar ha vingut per quedar-se, donat que han demostrat una alta eficàcia per a modificar comportaments
- Els incentius per ser considerats com a lícits, haurien d'estar al servei del valor intrínsec salut i no únicament a satisfer els valors instrumentals
- Els indicadors haurien de reflectir aspectes més lligats a l'empatia i la personalització dissenyant sistemes que permetin la seva avaluació
- En la carrera professional haurien de perdre pes els aspectes relacionats amb el compromís amb l'empresa

# ATENCIÓ PRIMÀRIA

**30 ANYS DE REFORMA**

**A. Martín Zurro 12 de febrer 2015**

# ELS PARADIGMES DELS SISTEMES SANITARIS (Països desenvolupats)

**DESENVOLUPAMENT TECNOLÒGIC**

**SUPERESPECIALITZACIÓ**

**HOSPITALOCENTRISME**

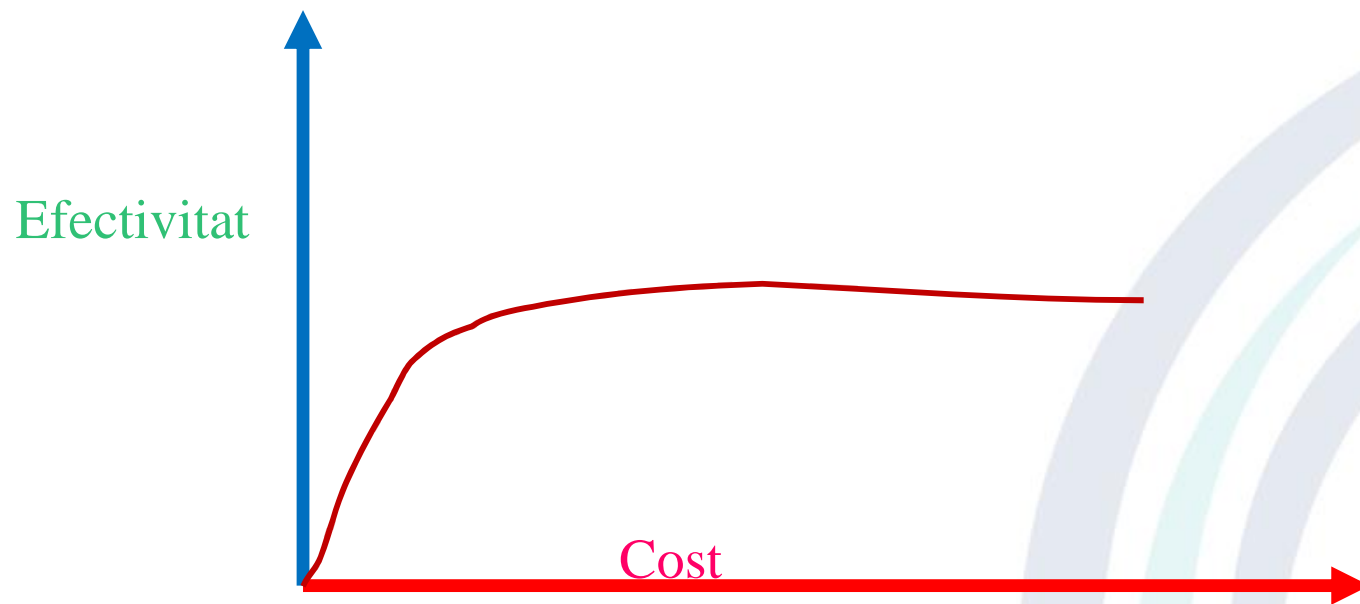
**SISTEMA SANITARI**

**HOSPITAL**

**A. PRIMÀRIA**

**S. Pública**





**Barbara Starfield: els sistemes sanitaris amb una atenció primària potent son més eficients**

# RECURSOS I PROFESSIONALS SANITARIS I SOCIALS ACTUALS EN ATENCIÓ PRIMÀRIA I COMUNITÀRIA

## Estructura Territorial



## REPTES EMERGENTS

- \* **Universalitat/accessibilitat**
- \* **Sostenibilitat**
- \* **Envelliment i dependència**
- \* **Fragmentació de serveis**
- \* **Medicalització excessiva**
- \* **Ús de les tecnologies**

## ELS PROBLEMES ESTAN IDENTIFICATS

**Cal passar a la acció:**

- \*Política
- \*Finançament
- \*Professionals
- \*Organització
- \*Gestió

## **El model actual es va dissenyar a principis dels anys 80 (fa 30 o més anys)**

**Ara tenim una oportunitat per reconsiderar el model partint de noves premisses. Aquest model d'innovació hauria d'implicar canvis qualitatis i no solament de millora de l'orientació i continguts actuals**

**COMBINAR ACCIONS ESTRATÈGIQUES**  
**(de fons i a mig/llarg termini)**

**AMB ALTRES**

**QUE ABORDEN ELS PROBLEMES IMMEDIATS**  
**(de l'assistència diària)**

## CINC ELEMENTS CLAU PER AL FUTUR

- 1-Avançar des de la prioritització “declarativa” o intencional a la operativa, traduïda en canvis reals en l’organització i en els recursos
- 2-Flexibilitzar en conjunt el sistema sanitari públic, amb énfasi especial en l’atenció primària i comunitària
- 3-Descentralitzar profundament la gestió i integrar funcionalment els serveis sanitaris en el territori
- 4-Promoure la utilització adient d’uns serveis accessibles a la ciutadania
- 5-Prestar especial atenció a la motivació i satisfacció dels professionals