

PONÈNCIA 3:

**ÉTICA DE LA POLÍTICA D'INCENTIUS
ALS METGES**

Presidenta: Dra. Pérez Pérez

Ponents: Dr. Morlans
Dr. Borrell
Dr. Terés
Dr. Labad
Dr. Solé
Dr. Palomeras

1. Estat actual

Introducció

La pràctica d'introduir en el sou d'un treballador per compte aliena una part dita "variable", a percebre si s'assoleixen uns objectius prèviament establerts, és una eina de gestió eficaç per obtenir una millora dels resultats de la empresa, organització o institució, i la seva aplicació és creixent i abastament acceptada al món empresarial.

La introducció de la cultura empresarial a la gestió de la sanitat ha traslladat també a aquest sector els conceptes de part variable del salari, objectius i incentius, als que els professionals no hi estàvem fets. La direcció per objectius amb incentius econòmics (DPO) en el nostre sector, caracteritzat per una elevada pressió assistencial i un dels nivells salarials més baixos d'Europa, no ha estat sempre ben rebuda pels professionals i ha generat nombroses objeccions, al voltant essencialment de dues preguntes:

- 1.- Des de la ètica mèdica i la deontologia, és acceptable que el metge treballi per assolir uns objectius que li reportin uns incentius econòmics?
- 2.- En cas afirmatiu, quins són els requisits ètics per acceptar el procediment emprat en la DPO?

Revisem alguns punts de vista entorn aquestes qüestions.

L'article de la Comissió de Deontologia del COMB sobre la DPO (Annals de Medicina 2007;90:35-37)

Per tal de respondre a les dues preguntes anteriors, la CD parteix de la premissa que el sistema d'incentius té per objectiu un fi lloable i bo per ell mateix, com és el reconeixement de qui s'esforça per millorar la atenció al pacient, de qui treballa més i millor. Aquesta ha estat, conjuntament amb l'establiment de la carrera professional, una vella aspiració, compatible amb l'exigència del professionalisme, que, entre d'altres objectius, tracta de reconèixer els millors i seguir el seu exemple.

Els objectius es poden agrupar en:

- 1) Objectius que comporten un valor afegit a l'activitat assistencial, com, per exemple, objectius de docència, de recerca, de participació en l'organització assistencial (comissions i comitès), d'implantació de nous procediments, confecció de protocols i guies clíniques, confecció de bases de dades, enregistrament de malalties per grups, etc. Són acceptables quan responen a un pla estratègic de la institució, basat en un anàlisi de les necessitats i comptant amb el consens dels professionals i/o dels seus caps, per assegurar que inclouen valors professionals i que el seu compliment no és en detriment de l'activitat i la qualitat assistencial.

- 2) Objectius destinats a estimular la millora de la qualitat assistencial, com per exemple, millorar el control de la diabetis, la hipertensió arterial, la MPOC i altres malalties cròniques, millorar el grau de satisfacció del usuari, millorar la qualitat de la prescripció farmacèutica en relació al estàndard (EQPF). Aquesta mena d'objectius podrien qüestionar-se des del professionalisme, entenen que la millora qualitativa de la pròpia pràctica és una exigència de tot professional, però cal no confondre la predisposició i la motivació amb la implicació i els resultats, a més que no tothom gaudeix dels mateix grau de competència. Que tothom estigui disposat a donar el millor d'un mateix no vol dir que tothom pugui aportar el mateix. Tenim l'experiència que la revisió periòdica dels procediments ofereix oportunitats de millora, i que el grau de participació pot ser molt diferent. És legítim l'interès de l'empresa en estimular amb incentius econòmics la participació dels professionals en la millora dels processos. Cal senyalar que l'establiment d'aquest tipus d'objectius pot facilitar la reflexió del perquè i el com es fa la feina i servir d'estímul del treball en equip, quan es fa necessària la coordinació per aconseguir millores que depenen més de tot l'equip o servei, que del propi individu.
- 3) Objectius basats en la productivitat i l'assoliment dels pressupostos orientats a que part dels ingressos dels facultatius depenguin de l'ús que ells mateixos facin dels recursos sanitaris. Pretenen responsabilitzar al professional del cost econòmic de les seves decisions clíniques, però tenen el potencial inconvenient, si s'enfoquen a premiar exclusivament la reducció de costos o la baixa utilització de recursos diagnòstics, de col·locar al metge davant el conegut dilema ètic de la doble agència: actuar com a defensor dels interessos del pacient o com a guardià de la porta del sistema. Aquest tipus d'objectius són acceptables si: 1) No posen en perill la qualitat assistencial. Les limitacions especificades en els objectius han de ser raonades i basades en estudis sòlids d'avaluació de tecnologies i en l'evidència científica. 2) No comporten una càrrega de treball excessiva (explotació dels professionals o impossibilitat de dur a terme altres activitats inherents al bon exercici professional, com docència, recerca, estudi, sessions clíniques, etc.). 3) No atempten contra la obligació d'oferir al malalt les diverses alternatives diagnòstiques o terapèutiques a fi de que pugui exercir lliurament el seu dret a decidir. 4) No impedeixin al metge actuar com a "defensor" dels seus malalts, compaginant el judici clínic basat en proves científiques amb l'actuació compassiva quan sigui necessària, mantenint l'equilibri entre la preocupació per les persones i l'eficiència de l'organització

Tots aquests condicionants impliquen una supervisió important del procés per tal de rectificar o ajustar els indicadors d'avaluació, i sobre tot, verificar que l'activitat induïda pels incentius té un efecte benèfic sobre la població

atesa. Aquesta és una de les raons per recomanar que el procediment sigui participatiu:

- 1) Els objectius han de ser definits, avaluats i revisats periòdicament amb la participació dels professionals o dels seus caps immediats, els coordinadors dels equips d'atenció primària o els caps de servei hospitalaris.
- 2) Una comissió paritària integrada per directius de la institució i representants dels professionals, que sigui mereixedora de la confiança de tothom, hauria de vetllar per la transparència del procés. Els col·legis professionals i els sindicats haurien de propiciar la constitució d'aquest tipus de comissions.
- 3) És una oportunitat per demostrar la responsabilitat dels metges, la capacitat del col·lectiu d'autoregular-se, actuant amb objectivitat i lluny de corporativismes. Aquest compromís amb la gestió hauria de ser valorat i propiciat per els responsables de les institucions sanitàries.

La declaració del Comitè d'Ètica Assistencial del IDIAP Jordi Gol (26.06.07)

El CEA d'aquesta institució, que promou la recerca en l'atenció primària, després del debat entre professionals de totes les entitats proveïdores en aquest àmbit, va fer públiques unes conclusions, aquí resumides:

- 1) La DPO és una eina per motivar la bona pràctica assistencial i millorar la qualitat de la feina, però s'han de contemplar els mecanismes per evitar i corregir potencials perversions tant d'ella com del programa informàtic.
- 2) Fer una crida al seny per tal de no caure en errors com falsejar dades, discriminar serveis o pacients o burocratitzar el treball per aconseguir els incentius.
- 3) Que els incentius produeixin canvis envers la millora de la feina i estimulin la reflexió per defensar la llibertat d'actuació dels professionals i els drets dels pacients, millorant l'assistència i la satisfacció professional i fent créixer la confiança de la població atesa.

El document sobre el Complement de Retribució Variable (CRV) de l'ICS de la Plataforma 10 minuts de Catalunya a la Comissió de Deontologia del COMB (juliol del 2007)

Els companys de la plataforma 10 minuts adrecen un escrit a la Comissió de Deontologia del COMB en el que es qüestiona la idoneïtat del CRV-ICS-2007 en base a diferents premisses. Aquesta actitud crítica, fruit d'una anàlisi detallada i fonamentada, es presenta en un document extensa i

meticulosament explicat. Els conceptes objecte de debat en el document presentat es poden resumir com segueix:

- 1) Una part del objectius, com és el cas de la Despesa Màxima Assumible (DMA), són d'assoliment col·lectiu o de grup (inclouen els acords de gestió dels EAP) i, per tant, la seva consecució no depèn exclusivament del treball individual del professional. La consecució del 100% dels objectius, i per tant de la retribució que porta aparellada, no està al 100% en mans del professional.
- 2) Alguns indicadors, tal com estan definits, podrien ser tècnicament incorrectes, ja sia per artefactes a l'hora de la seva recollida i avaluació, ja sia per que no introdueixen factors de correcció en relació a l'existència de la variabilitat entre les poblacions ateses pels EAP i pels professionals dins dels mateixos EAP. En el primer supòsit es podria estar fomentat l'artifici de les dades. En el segon supòsit no existiria igualtat d'oportunitat entre els professionals vulnerant el més elemental principi de justícia. Aquest és el cas de l'indicador d'accessibilitat.
- 3) S'han definit objectius que promouen la prescripció de determinats fàrmacs, (indicador de preus de referència) i deixen fora del grup dels promoguts altres fàrmacs que, tant per efectivitat com per cost, es podrien considerar igualment apropiats. També es promou un perfil de prescripció que deixa de banda la realitat assistencial, sense ajustar el perfil a la piràmide poblacional o a la prevalença de malalties cròniques, o penalitzant grups terapèutics plenament acceptats (com és el cas dels ARA II). S'estaria demanant l'adherència del professional a certs hàbits de prescripció restrictius sense una base racional adient. Tanmateix, continua sense resoldre's el problema de la prescripció induïda que pot arribar a ser un condicionant important en el conjunt de la prescripció de cada professional concret. Tot plegat pot tensionar psicològicament al professional i junt amb el requeriment de recollir molta informació, el poden desviar de seu objectiu principal: la salut del pacient.
- 4) Altres objectius, tal com estan plantejats, respondrien exclusivament a motivacions econòmiques, com és el cas de la DMA, o bé podrien entrar en conflicte amb les necessitats reals o justificables de la població assignada o de malalts concrets, com és el cas de l'indicador d'incapacitat temporal, l'objectiu del qual és *estar per dessota de la mitjana*, sense establir un criteri de qualitat.
- 5) No s'ha comptat amb els propis professionals a l'hora de definir el CRV-ICS-2007.
- 6) Els objectius i els incentius s'han de poder explicar a la societat sense que se'n vegi ressentida la confiança en el metge, tot el contrari. O dit d'una altra manera, que cap pacient no pogués mai creure que no rep una prestació perquè rera una negativa hi ha l'interès del metge en guanyar alguns diners.
- 7) Tots aquest motius fan que es demani el parer de la Comissió de Deontologia per tal d'orientar la conducta dels professionals.

2. Previsions de futur

Des d'una perspectiva dels valors professionals, que impliquen compromís de servei social, cal considerar la DPO com una eina més de la millora de la gestió. Cal, però, considerar-la exclusivament com això, com una eina, no com la panacea als reptes de la gestió. Les eines no tenen valor per si mateixes, excepte el que genera el seu ús. I aquest depèn de les persones, de com les utilitzen. Així, doncs, cal posar l'accent en les relacions personals entre les persones implicades en la DPO, directius i professionals assistencials.

Els principals arguments que sostenen el desplegament i la implementació de la DPO i que fan preveure la seva persistència futura són:

- 1) Els professionals aspiren al reconeixement individual dels seus mèrits. Tot els procediments que tenen aquest objectiu, com el desplegament de la carrera professional, l'avaluació continua de la competència o els incentius econòmics per assolir determinats objectius, en principi, són percebuts com positius per què poden cobrir aquestes legítimes expectatives de millora. Els estímuls externs a la millora professional són coherents i compatibles amb l'aspiració individual a l'excel·lència professional, que és una motivació personal.
- 2) La millora de l'activitat assistencial, aspiració implícita en el desenvolupament professional, comporta la mesura quantitativa i qualitativa d'aquesta pràctica. Sense conèixer que fem i com ho fem, no podem aspirar a millorar. La DPO es fonamenta en l'avaluació d'aspectes d'aquesta pràctica, el que fa necessari el seu registre amb indicadors validats. En definitiva, i encara que no és el seu objectiu principal, la implementació de la DPO fomenta la cultura del registre i l'avaluació de l'activitat assistencial, requisit imprescindible per planificar-la d'acord amb les necessitats de la població, per poder detectar mancances i per introduir millores en l'organització.
- 3) La sostenibilitat d'un sistema públic de salut depèn, entre altres factors, de la eficiència. Aquest és un valor a tenir en compte en la presa de decisions dels professionals. Les mesures per racionalitzar la despesa són necessàries sempre i quan disposin d'informació provada sobre la seva efectivitat i no comportin la discriminació de pacients individuals. L'avaluació d'intervencions d'efectivitat dubtosa o discutible i la seva exclusió de la cartera de prestacions pot ser una alternativa més efectiva. La DPO és una eina que es pot utilitzar per estimular l'avaluació de l'efectivitat de les intervencions i poder discriminar segons la mateixa.
- 4) L'equitat i l'accessibilitat són valors inherents a un sistema públic de salut de qualitat. Però una cosa és identificar-les com objectius teòrics i l'altre demostrar que s'assoleixen en la pràctica. La

publicació de la informació que proporcionen els indicadors d'accessibilitat (com, per exemple, les llistes d'espera) i equitat (per centres assistencials i població) són un exercici de responsabilitat i transparència que ajuden a generar confiança entre els ciutadans. La DPO pot contribuir a millorar la qualitat de la informació sobre les prestacions.

3. Que cal millorar

Les propostes de millora es desprenen, en part, de l'anàlisi de les crítiques al CRV-ICS 2007 de la Plataforma 10 minuts i de la resposta de la CD:

- 1) El complement de retribució variable no ha de ser considerat com una compensació, en part, a uns salaris inadequadament baixos dels professionals. Primer, cal fixar la retribució fixa allà a on pertoca i, sobre aquesta, afegir la variable que correspongui. Si això no és així, la pressió que pot suposar el fet de percebre o no la retribució variable podria induir a la perversió.
- 2) Cal agilitar el procés de desenvolupament dels objectius anuals, doncs, entre el disseny, el consens per la direcció, la informació als professionals fins al moment de la presentació per signatura passen 6 mesos i, sovint, els indicadors es coneixen a mitjans d'any. Quan aquests indicadors canvien de forma substancial, com ha estat aquest any 2007, és comprensible la incomoditat i disgust dels professionals, ja que les possibilitats d'assoliment disminueixen. Això en determinades persones pot suposar un estímul per a dissenyar "idees creatives poc desitjables" per assolir "formalment" els objectius.
- 3) En els objectius associats a l'estalvi econòmic, tot i acceptar que aquest estalvi ha de servir per millorar les prestacions a la població, cal prendre mesures efectives per evitar que del seu seguiment se'n puguin derivar perjudicis per malalts concrets, com no demanar les exploracions complementaries indicades o prescriure inadequadament.
- 4) Pot contribuir a introduir i utilitzar objectius de tipus econòmic el coneixement de l'ús alternatiu que se'n fa de l'estalvi, comprovant que es reverteix en mesures destinades a millorar la qualitat o destinar una part del mateix a proveir de recursos a l'equip o servei que l'ha generat.
- 5) Cal tenir en compte les variables de la població, com són les dades demogràfiques, les taxes de morbiditat i de grau de dependència, que poden explicar la desviació en el seguiment de determinats objectius i que planteja la necessitat d'introduir factors de correcció que evitin penalitzacions poc raonables en determinats casos, però també que destapin las desviacions encobertes de forma fraudulenta. Avui, la informatització de les histories clíniques permet analitzar amb detall les desviacions respecte a un indicador determinat. Aquest anàlisis sovint revela que el professional ha procedit segons la *lex artis*.

- 6) Es constata la manca de participació i co-responsabilització dels professionals en el disseny, establiment i aplicació del CRV. Difícilment s'aconseguirà una adherència satisfactòria dels professionals als objectius institucionals si es pretén estimular-la només a través de l'incentiu econòmic. Cal regular la participació dels propis professionals en tot el procés, des del disseny del sistema d'incentius, passant per la determinació dels objectius anuals i, finalment, en l'avaluació del nivell d'acompliment.
- 7) Hi ha una manca de comunicació del procés de DPO. És fonamental que el professional entengui l'objectiu com a legítim, ajustat a les possibilitats d'acompliment i que percebi justícia alhora de l'avaluació. Tanmateix, es desitjable que s'inclouin objectius dirigits al desenvolupament dels professionals. S'ha de considerar la possibilitat de utilitzar la DPO com un mitja de comunicació, que com tots els que són efectius, és bidireccional. La direcció explica el perquè de la tria dels objectius vinculats a incentius en funció de la estratègia empresarial de la institució, però al mateix temps escolta els arguments i les propostes dels professionals, amb un objectiu comú: la millora de l'assistència. Cal destacar que, en determinats centres, les direccions en fan un seguiment individualitzat i dialogat.
- 8) El procés està centralitzat en excés. Hi ha la percepció que el procés de la DPO depèn d'un programa informàtic que es pot pervertir. Els programes informàtics proporcionen dades que interpreten les persones. Quan aquestes són anònimes o allunyades dels professionals, aquests tenen la impressió de no disposar d'un interlocutor vàlid i això promou la desconfiança. Cal que existeixi capacitat de gestió del sistema d'objectius a nivell de les unitats assistencials i, en aquest sentit, pot resultar clau el paper dels coordinadors d'equip i els caps de servei.
- 9) Manca de visió de treball en equip. Si es desconfia dels objectius de grup perquè el poder-los assolir no depenen del treball individual del professional, vol dir que en el procés hi manca la visió de treball en equip. La DPO és una eina excel·lent per estimular la coordinació dels membres d'un EAP o d'un servei, però necessita del lideratge d'un responsable proper al grup que és responsabilitza de la distribució de les càrregues de treball i d'adequar el percentatge dels objectius individuals i de grup. Sembla que és un altre argument per potenciar el paper dels coordinadors i caps de servei en la DPO.
- 10) Absència d'un marc ètic de referència. Més enllà d'allò que determina la legislació, manca un marc ètic de mínims tant del sistema de salut, de la autoritat sanitària i dels centres proveïdors que permeti regular les relacions personals en el seu sí. El Codi de Deontologia actual està pensat en l'actuació individual del professional davant del pacient i no tant per regular les relacions complexes en el si de les organitzacions assistencials. Sovint, les conductes i els processos sotmesos al judici moral desborden el marc normatiu, el Codi, des del que se'ls pretén jutjar. A més, no comprometen a aquells professionals, gestors o no, que no són metges

o no estant col·legiats. Cal fer l'esforç per definir els criteris o principis ètics que haurien de servir per poder avaluar i jutjar amb més objectivitat la legitimitat o no de determinats plantejaments empresarials.

- 11) En aquest debat, es troba a faltar la delimitació conceptual entre ètica i gestió. Quan es consideren improcedents o incorrectes les accions d'altres persones es diu sovint que són mancades d'ètica. Tanmateix podríem dir que quan un problema es pot resoldre amb un canvi organitzatiu o amb una altra mesura directiva, estem no tant davant d'un dilema ètic, com davant d'una qüestió de responsabilitat o de bona praxi directiva. L'ètica té a veure més en ajudar a resoldre un conflicte de valors entre persones. En aquest cas, els incentius sobre la pràctica clínica no són l'objecte del debat ètic, si no la seva aplicació concreta. El que certament no els hi treu interès pràctic.

Recomanacions

- 1) Recolzar les retribucions salarials dignes que permetin considerar el complement de retribució variable com un incentiu econòmic voluntari. En aquest context, uns incentius que reconeixen l'esforç individual i de l'equip o servei poden incrementar la justícia de les retribucions.
- 2) Destinar una part de l'estalvi assolit amb la DPO a proveir els nous recursos de l'equip o servei que ha generat l'estalvi.
- 3) Ajustar els objectius en funció de las variables demogràfiques, de morbiditat i de grau de dependència de les poblacions ateses. Acostar-los, per tant, als territoris i serveis concrets.
- 4) Crear comissions paritàries entre la direcció i representants dels professionals, encarregades de garantir la transparència i l'equitat tant en la tria i l'assignació dels objectius, com en l'avaluació dels resultats i l'adjudicació dels incentius.
- 5) Implementar un procés de comunicació participatiu que expliciti els arguments i raons per proposar uns objectius en detriment d'altres.
- 6) Descentralitzar una part rellevant del procés i de la gestió de les DPO als responsables d'equips i serveis.
- 7) Reforçar el lideratge dels coordinadors i caps de servei, amb capacitat per distribuir el percentatge entre els objectius de grup i els individuals.
- 8) Identificar els principis ètics i elaborar els criteris, propiciats pel Consell General de Col·legis de Metges de Catalunya, que orientin la gestió i les relacions laborals dels professionals en les organitzacions assistencials, amb independència de la seva titulació i col·legiació i que facilitin la detecció de situacions que puguin lesionar la conducta professional i la confiança social en el metge, com pot ser l'ús inadequat dels incentius econòmics.
- 9) Recomanar a les empreses proveïdores de serveis sanitaris que en les declaracions d'intencions, documents d'explicitació dels valors

corporatius o en els codis de empresa tinguin en compte els criteris del CGCMC.

- 10) Recomanar la publicació dels objectius i els resultats assolits amb els incentius, així com de les mesures per evitar o corregir discriminacions en l'atenció a pacients concrets com a garantia de transparència del procés i per tal de mantenir la confiança social en la nostra professió.

QÜESTIONARI:

1. En la institució on treballes, s'ha introduït el pagament d'un complement variable segons l'assoliment d'uns objectius concrets (DPO)?:
 - a) Sí
 - b) No
 - c) No s'escau (treball per compte pròpia, altres)
2. En cas afirmatiu, penses que és un instrument de gestió que s'ha de mantenir?
 - a) Sí
 - b) Sí, però amb millores.
 - c) Sí, però totalment reformat
 - d) No.
3. Quina penses que hauria de ser la proporció de la part variable respecte a la fixa del sou?:
 - a) 5 %
 - b) 10 %
 - c) 15 %
 - d) 25 %
 - e) No ho sé
4. Quina mena d'objectius penses que haurien de rebre incentius econòmics?:

- a) Orientats a estimular la col·laboració amb la institució (participació en comissions, redacció de guies de pràctica clínica)
 - b) Destinats a millorar la qualitat assistencial (consentiment informat, adequació de la prescripció)
 - c) Basats en la productivitat i l'assoliment del pressupost (augment de primeres visitis, estalvi econòmic)
 - d) Tots els anteriors (a + b + c)
 - e) Tots menys els de productivitat i assoliment del pressupost (a + b)
5. Qui creus que haurien de fixar els objectius associats a incentius econòmics?:
- a) La direcció de l'empresa
 - b) Els coordinadors d'equip, els caps de servei o similars
 - c) Una comissió paritària de directius de l'empresa i coordinadors/caps de servei
 - d) Una comissió de directius de l'empresa, coordinadors/caps de servei i metges/ses
6. Si poguessis triar, en quin moment del procés de DPO t'agradaria participar?:
- a) En la selecció dels objectius
 - b) En la validació dels indicadors
 - c) En la distribució percentual del pes de cadascú dels objectius
 - d) En l'avaluació dels resultats
 - e) En tots ells
 - f) En cap
7. Penses que els indicadors de la DPO que t'han aplicat el darrer any són útils per millorar la qualitat i adequats per premiar qui més s'esforça?:
- a) Són útils per millorar la qualitat i adequats per premiar qui més s'esforça
 - b) Són útils per millorar la qualitat però inadequats per premiar qui més s'esforça
 - c) No són útils per millorar la qualitat ni adequats per premiar qui més s'esforça
 - d) No ho sé
 - e) No treballo amb DPO
8. Com descriuries el grau de participació en la DPO de la teva empresa:

- a) Tothom hi participa
 - b) Només hi participen els comandaments: directius, coordinadors d'equips, caps de servei i similars.
 - c) Només els directius de més alt nivell, els demés els signem sense possibilitat de fer-ne correccions
 - d) No treballa amb DPO
9. Que penses de la existència d'indicadors que avaluen no només el rendiment individual, si no també del grup, i que repercuteixen en els diners a pagar a cada professional d'aquest equip/servei?
- a) És un obstacle per treballar en equip
 - b) És un estímul per treballar en equip
 - c) No és ni un obstacle ni un estímul
 - d) Depèn del tipus d'objectius individuals i de grup
 - e) Depèn del percentatge assignat a cada tipus d'objectiu
10. Que penses del Codi de Deontologia com a marc de referència per jutjar els conflictes ètics que poden aflorar amb la DPO?:
- a) És l'adequat
 - b) És inadequat i s'hauria d'ampliar amb noves normes referents a la gestió empresarial
 - c) És inadequat i ens cal un marc de referència diferent del Codi per poder analitzar els dilemes ètics de la gestió
 - d) No ho sé