

ÉTICA E INCENTIVOS A LOS MÉDICOS CLÍNICOS. PROBLEMAS Y CASOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Juan Gérvas

Médico de Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes y El Cuadrón (Madrid). Equipo CESCA, Madrid.

jgervasc@meditex.es www.equipocesca.es

[Publicado en: [Ética de los incentivos a los profesionales sanitarios. Gracia D, Rodríguez Sendín JJ \(Directores\). Madrid: Fundación Ciencias de la Salud; 2009\]](#)

http://www.fcs.es/docs/publicaciones/Guia_etica_incentivos_profesionales_sanitarios.pdf

Problema 1º

Incentivos para mejorar la atención de los pacientes terminales y lograr que los que lo deseen mueran en su domicilio atendidos por su médico de cabecera.

Cuestión de fondo

La atención al paciente terminal es manifiestamente mejorable, y son frecuentes los que mueren con un mal control del dolor y de otros síntomas y signos, como por ejemplo disnea, estreñimiento, insomnio, angustia y edemas. Para evitar este sufrimiento innecesario en los pacientes que desean morir a domicilio, y para disminuir las consultas a urgencias (e ingresos hospitalarios) se pueden adoptar distintas estrategias no excluyentes. Así, el desarrollo de hospitales de cuidados mínimos para terminales (los *hospice* anglosajones), la implantación de equipos especializados de soporte a domicilio y el apoyo a los médicos de cabecera para que atiendan a sus propios pacientes. En este último caso se espera el compromiso del médico general/de familia mucho más allá de su horario y mucho más allá de lo habitual, pues el paciente terminal y su familia pueden precisar apoyo a horas intempestivas, en días festivos incluso. Por ello se propone la introducción de un fuerte incentivo, de hasta 3.000 euros por paciente terminal con el que se comprometa el médico de cabecera a facilitar la gestión integral de su muerte a domicilio en condiciones dignas y sin sufrimiento evitable. La introducción de un incentivo tal exige el compromiso de un médico general equilibrado, competente y capacitado, que cuente tanto con su conocimiento como con sus limitaciones para colaborar con otros miembros del equipo de

atención primaria (fundamentalmente, enfermería) y con el segundo nivel (fundamentalmente, paliativos).

Preguntas

¿Puede un incentivo de esta índole conllevar “muertes de más” a domicilio? Es decir, ¿provocará el incentivo carencias en la atención a pacientes terminales, carencias del tipo de ingreso hospitalario justificado? ¿Aumentaría el uso de la sedación terminal a domicilio por encima de lo justificable? ¿Prestará el médico los cuidados precisos, tanto por sí como a través de otro personal de primaria y de paliativos?

Caso clínico

Paciente de 55 años, varón, con cuatro hijos de los que dos viven en el domicilio familiar, con insuficiencia cardíaca tras infarto de miocardio masivo. La situación clínica se ha deteriorado hasta el punto de la invalidez absoluta. Hay mala respuesta a la medicación, y se han agotado otras alternativas terapéuticas. El médico de cabecera conoce y trata al paciente y su familia hace veinte años. El paciente le ha pedido, en una de las últimas visitas a domicilio, que haga todo lo posible por no ingresarle más y por lograr que muera en paz en su casa. La familia está de acuerdo, aunque espera que contará con alguna ayuda para la atención a cuestiones como la limpieza e higiene del paciente, hacer la cama y demás. El médico acepta el compromiso y notifica su aceptación a sus superiores, que han establecido un incentivo para estos casos (de entre mil y tres mil euros). El médico se encuentra entre los cualificados para esta tarea, de los que existe un registro que acredita su formación en atención a terminales y su capacidad de movilización de recursos a todos los niveles. El médico debe dar un teléfono en que el paciente y/o su familia pueda localizarle las 24 horas, de forma que tome la iniciativa respecto al manejo del caso, bien asistiendo fuera del horario laboral a domicilio, bien aconsejando cambios, bien organizando las ayudas extras necesarias. El incentivo va ligado a la muerte en domicilio, a la satisfacción de la familia respecto a la atención, y a una evaluación del proceso de atención, de forma que varía la cantidad final entre 1.000 y 3.000 euros.

Valores en conflicto

En este caso clínico los valores en conflicto se refieren al paciente y a su familia por un lado, y al médico y a la organización sanitaria por otro.

- La muerte digna a domicilio. Es decir, la posibilidad de que el paciente terminal pueda elegir morir en su casa sin que ello conlleve menoscabo en la calidad de la atención clínica prestada (especialmente el control del dolor, ansiedad, desasosiego, vómitos, estreñimiento y otros signos y síntomas habituales).
- La cohesión familiar ante el paciente terminal que decide morir en su domicilio. Es decir, la organización de la atención médica y social al paciente terminal de forma que se ayude y complemente a la familia que acepta cumplir el deseo del paciente terminal de morir en su casa.
- La capacidad de resolución del médico de cabecera. Es decir, la capacitación del médico general/de familia para que por sí mismo o por delegación en la enfermería o en los equipos de paliativos pueda resolver los problemas que plantea la atención al paciente terminal.
- La vida personal del médico de cabecera. Es decir, la atención correcta al paciente terminal implica el uso de tiempo libre por parte del profesional para dar respuesta a las necesidades del enfermo y de su familia.
- El impacto del incentivo económico individual. Los incentivos financieros personales tienden a verse sin tintes como perversos o como ideales, capaces de modificar en exceso las conductas de los profesionales.

Cursos extremos de acción

- El rechazo absoluto en todos los casos al compromiso para prestar servicios y para coordinar la atención al paciente terminal que desea morir en casa.
- La aceptación de todos los casos de enfermos que eligen morir en su domicilio por médicos mal capacitados que no cumplirán el compromiso profesional y personal.

Cursos intermedios de acción

Hay múltiples cursos intermedios de acción, según circunstancias locales y personales. Entre ellos:

- La introducción del plan como una experiencia piloto, a partir de algún médico de cabecera mejor formado y más comprometido, y de unos servicios médicos y sociales complementarios mejor organizados. Con ello se prueba la eficacia del incentivo y se da ejemplo. Lo clave es que los médicos generales sientan la obligación de estar bien

formados para atender algo tan común como la muerte y el dolor, y que sepan hacer uso razonable de los recursos que le pueden ayudar en su tarea, tanto en primaria (enfermería) como en el segundo nivel (paliativos).

- La formación y capacitación de los médicos generales/de familia en cuidados paliativos antes de la introducción del nuevo incentivo, de forma que haya que “acreditarse” para optar a su concesión. Esta acreditación daría prestigio a los médicos generales equilibrados, capacitados y competentes que saben cómo atender a domicilio al paciente terminal, por sí mismos y con el uso de los recursos materiales y humanos necesarios para complementar su labor personal.
- Prever situaciones de atención “parcial” para los nuevos médicos que se incorporen al plan, de forma que el médico de cabecera pudiera tener una opción a dejar la atención (y todavía cobrar la parte proporcional del incentivo) si se siente sobrepasado por la evolución del enfermo y/o de la situación familiar.
- Formar a familiares de pacientes terminales y a médicos generales de la zona geográfica para que actúen de asesores y profesores de otros en situaciones similares, de forma que se dé soporte en casos de duda y problemas.

Curso óptimo propuesto

Los cambios en la organización de servicios sanitarios deberían ser graduales, de forma que los pacientes, la población y los profesionales tengan oportunidad de plantear objeciones y de hacer propuestas de mejora, o de ofrecer alternativas. En el caso de que se trata, además de los problemas organizativos la introducción del incentivo afecta a un evento de enorme impacto personal, familiar, profesional y social. La prudencia en este caso debe ser extrema. Para la introducción del incentivo que facilite la atención continuada por el propio médico de cabecera, lo lógico sería adaptarse a las circunstancias locales. Así, donde haya un grupo de médicos concienciados y motivados podría plantearse la realización de un curso de refresco y capacitación en la atención a terminales a domicilio y considerar la situación experimental hasta que no se consolide en la práctica la iniciativa. En zonas en las que sólo se cuente con un médico voluntario, la experiencia tiene que introducirse cuidadosamente, con gran apoyo a este profesional, de forma que se asegure el éxito de la experiencia. En todos los casos sería prudente la implicación de familiares con experiencia, quizá en forma de asociación de ayuda y consejo, pues ello implica la

participación social, el reconocimiento de la población, y el aprovechamiento de un caudal de conocimientos. A no olvidar que el trabajo en solitario del médico general prudente, capacitado y competente puede ser tan eficaz como el del “equipo orgánico” con que hoy se organizan los centros de salud españoles. Este médico general debe ser capaz de enfrentarse a las situaciones comunes, que van desde la gripe A a la muerte a domicilio. Este médico general debe ser consciente de sus limitaciones y de las posibilidades que le da la cooperación ordenada y lógica con los otros recursos del sistema sanitario, especialmente la enfermería de primaria y los equipos de paliativos del nivel secundario.

Recomendaciones

Los incentivos financieros individuales tienen “mala prensa”, que en el caso de su aplicación a una cuestión de tanta carga social como la muerte digna a domicilio puede llegar a crear problemas antes de su implantación. Sería especialmente penoso que hubiera escándalo en los comienzos de su aplicación. Por ello es recomendable:

- Contar con un consenso social para su introducción, tanto de asociaciones de pacientes como con los profesionales y sus entidades representativas (colegios de médicos, sociedades científicas, sindicatos).
- Adaptarse a las circunstancias locales para no dar pasos en falso. Habrá lugares en los que se puede empezar con todos los médicos y habrá otros en los que no se contará con ninguno. No conviene forzar las situaciones.
- Aceptar y promover la participación de familiares y médicos de cabecera en el control de la idoneidad de la atención y del impacto del incentivo. Ser eficaces en la monitorización de forma que se puedan corregir las desviaciones y errores sobre la marcha, antes de que produzcan males mayores.
- Facilitar el apoyo clínico y social al médico general/de familia para que pueda requerir con facilidad la ayuda complementaria que precise (por ejemplo, para hacer un paracentesis paliativa). En este sentido es clave lograr la implicación de la enfermería y de los paliativos.
- Preparar una campaña de divulgación de los aspectos positivos y de los logros del programa en la calidad de atención y en la dignidad de la muerte a domicilio.
- Integrar el nuevo incentivo en un conjunto de actividades que mejoren la atención a todos los terminales. Conviene que se

impliquen en la mejora tanto los médicos de cabecera en su conjunto como otras profesiones de primaria (enfermeras, trabajadores sociales y farmacéuticos comunitarios especialmente), así como los especialistas correspondientes. Lo ideal es lograr una práctica y una imagen de cooperación de hospitalaria y primaria ante la muerte inevitable de los pacientes.

Problema 2º

Incentivos para la mejora de la prescripción farmacéutica con ahorro en los costes a base de fomentar el uso de genéricos.

Cuestión de fondo

La terapéutica farmacológica es el tratamiento más frecuente a los problemas que plantean los pacientes en atención primaria. De hecho, más del 60% de los encuentros clínicos terminan con la prescripción de un medicamento. Por ello el coste farmacéutico es de los más relevantes, de tanta importancia como el gasto en bajas laborales o en los sueldos de los profesionales. Y ese gasto en medicamentos puede mejorarse en mucho sin que se resienta la calidad. Es más, la mejor calidad suele acompañarse de menor coste farmacéutico, de forma que el fomento del uso racional de los medicamentos suele ser parte del paquete que engloba ahorro, calidad y seguridad en atención primaria. Entre las medidas más frecuentes, suele incentivarse el uso de genéricos, en el buen supuesto de que son de menor precio y similar contenido y eficacia. Pero los genéricos no son siempre de menor precio que los medicamentos de marca (con nombres *de fantasía*), y en España no dejan de tener "marca", pues cada laboratorio añade su nombre a la denominación científica, y cada envase y presentación física es distinta. Además, el gasto en farmacia (según cantidad y calidad normativa) es criterio básico para incentivar no sólo al médico responsable de la prescripción sino a todo el equipo de atención primaria, y los incentivos globales pueden llegar a ser de cinco mil euros por año y médico.

Preguntas

¿Cómo debe responder el clínico a incentivos de aumento de la prescripción de genéricos cuando no se ha exigido al mercado la presentación homogénea de productos similares? Es decir ¿puede

el médico aceptar incentivos que lleven a equivocaciones en el cumplimiento terapéutico? Adicionalmente, en casos como éste, de incentivos “grupales” ¿en qué forma repercute en la organización y trabajo del equipo?

Caso clínico

Matrimonio anciano en que ella cuida de su marido, de más edad y con mayor deterioro físico y mental. La esposa es analfabeta y tiene deterioro visual. Se queja al médico de cabecera porque “cada vez me dan un medicamento distinto en la farmacia y así no hay quien haga las cosas bien”. El médico comprueba que es cierta la apreciación de la anciana, pues su prescripción de genérico conlleva cambios frecuentes en la presentación física del envase y de las “píldoras”. Los cambios existen aunque añada el nombre del laboratorio fabricante a la denominación internacional. El médico decide hablar con el farmacéutico de la farmacia a la que suelen acudir los ancianos, quien le explica que cambia según la oferta que le hayan hecho, que hay mucha competencia entre los laboratorios y que algunos llegan a darle “tres por dos” envases de genérico, lo que le permite optimizar sus ingresos. El médico decide pasar a utilizar medicamentos de marca, y prescribe con nombres *de fantasía* lo que conllevará menos incentivos para él y para el equipo de atención primaria.

Valores en conflicto

Son múltiples los valores en conflicto en este caso clínico y se refieren tanto al paciente como al médico y a la organización sanitaria.

- La salud del paciente. Uno de los objetivos básicos del sistema sanitario es evitar sufrimientos y enfermedades, sobre todo evitando que la intervención médica agrave o empeore el curso clínico (*primun non nocere*).
- La tranquilidad de los familiares cuando el paciente no es capaz de organizar por sí mismo el cumplimiento terapéutico. Puesto que el cuidado de la familia es muchas veces fundamental, conviene ayudar para que se preste con serenidad y prudencia, para que no sea mayor carga de la imprescindible.
- El cumplimiento terapéutico según lo recomendado por el médico de cabecera. Normalmente el médico se fía del seguimiento de las normas que sugiere, y en el caso de los medicamentos esto puede llegar a ser vital, tanto cuando se

hace uso apropiado como cuando se incumplen las recomendaciones. Es un problema de seguridad.

- La promoción de la mejor calidad al precio más justo. Los gestores administran recursos públicos y tienen la obligación profesional de promover el uso racional de los medicamentos, lo que lleva a mejor calidad con un precio que se justifica por los resultados.

Cursos extremos de acción

- La prescripción en todos los casos según principio activo, sin tener en cuenta ni el problema clínico ni la situación personal y familiar del paciente.
- La prescripción en todos los casos según nombre *de fantasía* (marca registrada).

Cursos intermedios de acción

La práctica clínica exige flexibilidad y por ello tiene justificación cierto grado de variación clínica, tanto científica como profesional. Son múltiples las alternativas intermedias de acción:

- Fijar objetivos realistas, que den pie a salvar la flexibilidad que conlleva la adaptación a los problemas de pacientes con dificultades para el cumplimiento terapéutico. Por ello conviene que el porcentaje de genéricos (o de prescripción según principio activo) oscile en general entre el 50 y el 90%, y que se delimiten los márgenes según circunstancias locales.
- Promover el análisis de casos y circunstancias en las que se justifica el uso de medicamentos con nombre *de fantasía*. Por ejemplo, en el caso de pacientes con problemas visuales, o con otras discapacidades sociales como el analfabetismo. Lo importante es resaltar los problemas en relación con la seguridad.
- Estudiar con cada médico su perfil de prescripción, de forma que se le dé pie a explicar las razones de sus peculiaridades. En muchos casos no es fácil interpretar el uso de medicamentos si no es a través de un conocimiento que sólo tiene el propio médico de cabecera.
- Hacer llegar a las autoridades los problemas de seguridad que provoca una política de promoción excesiva de los genéricos y de la prescripción según principio activo, al objeto de lograr que los medicamentos con el mismo contenido tengan presentaciones similares.

- Implicar a los farmacéuticos comunitarios en las políticas de uso racional del medicamento. Las oficinas de farmacia tienen por objeto el beneficio comercial, pero al tiempo son establecimientos sanitarios que realizan una labor encomiable más allá de la simple dispensación de medicamentos. Convendría lograr la colaboración de los farmacéuticos en el análisis de casos y situaciones en que conviene por seguridad el mantenimiento de la misma marca de medicamento.

Curso óptimo propuesto

Puesto que el fin de la Medicina es el alivio del sufrimiento y la evitación de la enfermedad cuando es posible, el uso racional del medicamento es un imperativo ético para los médicos. Por ello es parte de su compromiso social el empleo adecuado de los recursos para lograr un mejor uso en todos los pacientes presentes y futuros. El curso óptimo de la promoción de la prescripción de calidad y de precio apropiado tiene que subordinarse al fin de la institución sanitaria, pues también le afecta el *primun non nocere*. En este caso concreto, los incentivos deberían tener en cuenta algunas circunstancias, como senilidad, ceguera o analfabetismo en que es importante lograr la dispensación de medicamentos que no cambien de formato y presentación. El objetivo general es laudable, pues representa un ahorro sin menoscabar la calidad, pero llevado a su extremo puede hacer daño grave, incluso pérdida de bien máspreciado (la vida). En todo caso, no conviene olvidar la perspectiva global, y seguir pidiendo a las autoridades que los medicamentos idénticos tengan presentaciones idénticas. En la práctica se puede lograr el objetivo del uso racional del medicamento, con ahorro en gasto y mejora de la calidad y de la seguridad, sin llevar las cosas a su extremo. Es decir, conviene la prudencia y el aceptar un margen de prescripción adecuada de medicamentos con nombre de *fantasía*. Se puede analizar este margen en los casos que más se desvíen estudiando con el médico su perfil de prescripción y los hechos que lo justifican. En todo el proceso habría que integrar a los farmacéuticos comunitarios, de forma que sea posible hacer compatibles sus legítimos objetivos comerciales con la prestación de la mejor atención. Por otra parte, es también importante la implicación de los otros miembros de los Equipos de Atención Primaria pues los incentivos “dependientes” de la prescripción afectan en muchos casos a todos. En último término, la industria farmacéutica también puede ser un aliado en el mejor uso de los medicamentos, siempre que se tengan en cuenta sus intereses y se evite la colusión con los mejores intereses de la sociedad.

Recomendaciones

Los incentivos al uso racional del medicamento no tienen rechazo cuando logran ahorros con aumento de la calidad y de la seguridad. Por eso es objetivo clave lograr:

- Demostrar y difundir con cifras y datos que las políticas de incentivos para la prescripción de genéricos y por principio activo conllevan la promoción del uso racional del medicamento (ahorro, calidad y seguridad). Ello se puede lograr con el análisis del impacto en los perfiles de prescripción, y con la publicación transparente de los datos (salvando los problemas de confidencialidad).
- Implicar a todos los profesionales, no sólo a los médicos. Aunque los médicos de cabecera son los protagonistas de la prescripción, otros profesionales son clave. Entre ellos, todos los miembros de los Equipos de Atención Primaria y los farmacéuticos comunitarios.
- Elaborar una política práctica que ayude a proteger a los pacientes “sensibles” a errores por el establecimiento de incentivos a la prescripción de genéricos y por principios activos. Para ello conviene identificar casos y situaciones y difundir los problemas de seguridad provocados. Entre las acciones a emprender, la promoción de la declaración de efectos adversos (*tarjeta amarilla*) relacionados con estos incentivos.
- Impulsar el compromiso global de mejora del uso de medicamentos, con normas sobre su comercialización y sobre la presentación idéntica de medicamentos idénticos. Es una forma de exigir coherencia a las autoridades y políticos sanitarios, su compromiso con la prescripción racional que debe ser de promoción del coste-efectividad.

Problema 3º

Incentivos que pretenden mejorar la calidad del proceso de atención.

Cuestión de fondo

La calidad clínica es manifiestamente mejorable. El “recorrido” entre lo que se hace y lo que debería hacer es kilométrico, hasta el punto de poder hablar de “abismo” entre la práctica clínica diaria y la

práctica posible si se aplicase el conocimiento científico. Por ejemplo, los pacientes diabéticos sufren muchas veces morbilidad y mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable; así, muerte precoz por infarto agudo de miocardio, amputaciones de extremidades inferiores, ceguera, etc. Es lógico que se implanten incentivos que mejoren el proceso de atención, en el supuesto de que con ello se optimice el resultado (el cambio en el estado de salud del paciente). Ese es el objetivo de todos los incentivos que promueve un mejor desempeño o rendimiento (P4P en la jerga, de *Pay for Performance*), que han recibido un gran espaldarazo con la iniciativa inglesa de introducirlo en un nuevo contrato con los médicos generales. Por supuesto, el incentivo está logrando su efecto, con la mejora de los indicadores. Pero no sabemos si esa mejora se acompaña de aumento de calidad de vida y de evitación de morbilidad y mortalidad. Por ejemplo, los estándares para medir el desempeño en la atención a los diabéticos tienden a forzar el control estricto de la glucemia (monitorizado a través de determinaciones de la hemoglobina glucosilada), pero sabemos que este control estricto conlleva peor resultado en salud en los diabéticos tipo 2, según todos los ensayos clínicos realizados en el último medio siglo. Así, el cumplimiento de los incentivos puede entrar en conflicto con los objetivos clínicos. Además, se ha demostrado que mucho del P4P se ciñe a una visión estrecha, que no tiene en cuenta las características básicas de la atención clínica sino más bien la carga de trabajo. Por ejemplo, se incentiva mucho más el cribado y seguimiento de la hipertensión arterial que el simple y eficaz consejo contra el tabaco, pese a que éste último logra evitar muchas más muertes.

Preguntas

¿Se pueden aceptar incentivos para la mejora del proceso (lo que se hace y manda hacer) cuando se ignora su efecto en el resultado (la salud del paciente)? ¿Se pueden aceptar incentivos que cambian la prioridad de las acciones en el proceso, de forma que se prima más lo menos efectivo?

Caso clínico

Mujer de 50 años, maestra de escuela, diabética tipo 2, muy colaboradora, fumadora, que pone todo su empeño en lograr controles estrictos de su glucemia, de sus cifras de tensión y de sus lípidos en sangre. Ha tenido dos comas hipoglucémicas en los últimos tres años que se han resuelto con la inyección de glucagón por su marido, e ingreso hospitalario breve. Su médico tiene un

incentivo anual por buen control de los diabéticos que se mide básicamente a través de la hemoglobina glucosilada. Tiene también un incentivo para aconsejar contra el tabaco, pero de mucha menor cuantía. La publicación de los resultados del ensayo ACCORD y la revisión de los que le han precedido en los últimos 50 años llevan a pensar al médico de cabecera en la necesidad de tener una actitud más relajada respecto al control de la glucemia en la paciente. Plantea la cuestión en una sesión docente y para su sorpresa se encuentra con la oposición de sus compañeros, médicos y enfermeras, que siguen convencidos de la bondad del incentivo, tanto en su sentido clínico como monetario.

Valores en conflicto

En este caso hay un conflicto entre los valores del clínico, especialmente su libertad de actuación, los valores del paciente y los de la sociedad.

- La salud del paciente. Uno de los objetivos básicos del sistema sanitario es evitar sufrimientos y enfermedades, sobre todo empleando la intervención médica con máxima efectividad. No es una cuestión formal, de hacer bien las cosas, sino un deber ético, de hacer bien las cosas que hay que hacer de forma que mejore la salud del paciente.
- La libertad clínica. El médico bien informado resuelve de forma aparentemente distinta casos idénticos, pues tiene en cuenta tanto el conocimiento científico como las circunstancias de cada situación.
- El empleo de la alternativa más efectiva. La ciencia produce conocimientos que tardan hasta veinte años en trasladarse a la clínica habitual, sin más justificación que la ignorancia y la persistencia de prácticas obsoletas. Es lógico que la sociedad aspire a salvar ese abismo entre eficacia (lo que se podría hacer) y efectividad (lo que se hace) pues lo que se aprecia es una actuación adecuada al caso y al conocimiento científico (*lex artis ad hoc*). Del médico se espera un proceso correcto de atención que logre el mejor resultado posible en salud con el menor consumo de recursos.

Cursos extremos de acción

- La perpetuación de una práctica clínica basada en una libertad clínica que deja todo en manos de la rutina.

- La introducción de todo incentivo que mejore los aspectos formales del proceso de atención.

Cursos intermedios de acción

Los incentivos para mejorar el proceso de atención tienen su lado perverso, pero cuentan en general con la aprobación social y profesional. Por ello son posibles múltiples cursos intermedios de acción:

- Introducir los incentivos de mejora del proceso en casos y situaciones en que haya gran acuerdo científico y profesional. Por ejemplo, para promover el uso de la penicilina en las amigdalitis.
- Emplear los incentivos de mejora del proceso tanto para promover nuevas prácticas como para eliminar las obsoletas. No se trata de ahorrar por sí mismo, sino de mejorar la práctica clínica de forma que tenga impacto en la salud del paciente.
- Utilizar documentos de “crédito” para dar soporte a las decisiones. Por ejemplo, el informe del NIVEL inglés sobre la no necesidad de la prescripción antibiótica para la prevención de endocarditis en procedimientos dentales, urológicos y ginecológicos.
- Implicar a los líderes clínicos locales en el proyecto. Por ejemplo, de forma que se identifiquen los errores más frecuentes en el proceso de atención con mayor impacto en la salud de los pacientes, y empezar a introducir incentivos de mejora soportados por dichos líderes locales.
- Incluir en la propuesta de promoción de un mejor proceso de atención la monitorización continua del efecto práctico de los incentivos. Puesto que no tenemos claro en algunos casos la relación entre una buena atención y un buen resultado en salud, la salvaguarda de la monitorización facilitaría el cambio de decisión si no se logra el objetivo final.
- Crear un grupo con pacientes y médicos que analicen las oportunidades de mejora y la introducción de incentivos, según el conocimiento científico. Por ejemplo, para cuestiones muy populares socialmente hablando, pero de nulo fundamento científico, como los chequeos.
- Analizar y difundir los posibles efectos beneficiosos de la introducción de algunos incentivos de mejora del proceso. Por ejemplo, para promover el consejo contra el tabaco, o para

introducir los IECA en el tratamiento de los pacientes con insuficiencia cardiaca.

Curso óptimo propuesto

Lo fundamental es que los incentivos de mejora del proceso se introduzcan en forma tal que los clínicos sientan les ayudan a mejorar su práctica habitual. Por ello el curso óptimo implica la participación de los médicos en su diseño, implantación, monitorización y modificación. Es clave que sean los propios médicos los que se exijan a sí mismos la prestación de la mejor asistencia posible, de forma que se acorte a meses la introducción de nuevos conocimientos. La sociedad tiene el derecho a esperar una atención sanitaria que incluya los estándares más eficaces, sin que persistan las prácticas obsoletas más tiempo del imprescindible. Por ello también deberían implicarse los pacientes y sus asociaciones en los programas de mejora del proceso asistencial, pues muchas veces estos conllevan el abandono de prácticas muy populares, como análisis y pruebas rutinarias. Para todo ello se precisa de muy buena información científica, expresada en forma que se entienda por médicos clínicos y por legos. Esta información no siempre existe en forma tal, y a veces implica gran polémica como demuestran los sucesivos informes del Centro Cochrane Nórdico sobre los programas de prevención del cáncer de mama con mamografía. En todo caso, el objetivo último del programa de incentivos debería ser la mejora de la salud del paciente, y no la mejora de los indicadores fáciles de medir (la hemoglobina glucosilada ya citada para el seguimiento de la atención a los diabéticos).

Recomendaciones

Hacer las cosas bien satisface a cualquier profesional, y más al médico general que se enfrenta a diario al sufrimiento de sus pacientes. Por ello los incentivos a la mejora del proceso cuentan en principio con la aceptación de los clínicos.

Conviene introducir el programa de forma que:

- Sea evidente que el objetivo final a lograr es la mejora de la salud del paciente. No se trata de hacer simplemente las cosas bien, sino de hacer bien aquellas cosas que hay que hacer pues tienen impacto en la salud de la población. En todo caso el programa no debería ser estático sino dinámico, para asegurar el cumplimiento del objetivo final.
- Se ligue en una cadena lógica el incentivo propuesto a su posible impacto cuantificado en salud a través del cambio en

la práctica clínica. En esta cadena es clave que se valore la dificultad prevista para modificar la práctica clínica diaria.

- Participen los líderes clínicos en el diseño y seguimiento de todo el programa de incentivos. Aunque la ciencia es universal, la clínica debe ejercerse muy localmente, por lo que es importante que los líderes clínicos ayuden a poner en contexto la posible aplicación del conocimiento.
- Se implique de alguna forma a los pacientes y a la comunidad, pues mucha práctica obsoleta y sin fundamento científico tiene gran aceptación popular. La mejora del proceso de atención no es sólo una cuestión técnica de aplicación del mejor conocimiento, sino también un cambio social.
- Se incluyan incentivos para la mejora de aspectos importantes pero difíciles de medir, como la empatía y la cortesía en el trato con los pacientes y sus familiares. El programa de mejora del proceso no debería limitarse a una visión biológica del sufrimiento humano, sino incluir todas las facetas, tanto la biológica como la social, cultural y psicológica.

Problema 4º

Incentivos profesionales a los médicos que pertenecen a los “grupos de expertos” de sus sociedades científicas.

Cuestión de fondo

Los “expertos” de las sociedades profesionales de Medicina General/de Familia constituyen un grupo que se sitúa por encima del médico clínico “de base”. Los expertos se convierten en guías de sus compañeros de base a los que asesoran y aconsejan. Además, cada grupo de expertos de Medicina General/de Familia pasa a tener contacto privilegiado con los expertos especialistas, habitualmente líderes de opinión, jefes de servicios hospitalarios, miembros de sociedades científicas y/o catedráticos de facultades de medicina. Estos a su vez los ligan a los expertos internacionales de renombre cuyas publicaciones en inglés se difunden en el mundo entero. Es decir, los grupos de expertos de las sociedades profesionales de Medicina General/de Familia se convierten en correas de transmisión del conocimiento en una cadena que suele comenzar en el extranjero y acaba en el médico de base. En este sentido, pertenecer al grupo de experto es una categoría, un

incentivo profesional fortísimo por los contactos que da y por el privilegio de tener primero el nuevo conocimiento y poderlo transmitir a los compañeros en charlas, cursos y congresos. Además, la industria (farmacéutica y otras) “mima” a estos expertos haciéndose cargo de la mayor parte de los gastos de sus desplazamientos y formación continuada. Cabe la posibilidad de que los expertos terminen viendo la realidad a través de lo “nuevo”, y que transmitan conocimiento sesgado e interesado.

Preguntas

¿Hasta qué punto el pertenecer a grupos de expertos puede sesgar el juicio científico de sus miembros? ¿Hasta qué punto los grupos de expertos son moralmente responsables de los daños causados por el seguimiento de sus recomendaciones?

Caso clínico

El grupo de expertos en hipertensión de una sociedad profesional de Medicina General/de Familia manda una carta al director de la revista de su sociedad. Se queja de la publicación en la misma de comentarios a favor de los diuréticos como primera opción del tratamiento antihipertensivo, de que se relegan los IECA, CA y ARA-2, y de que se considera a la hipertensión como un simple factor de riesgo, no como una verdadera enfermedad. Sugieren que no se publiquen ese tipo de comentarios, y que se dejen a “verdaderos” expertos las publicaciones al respecto. Todo ello en un contexto español en que la publicación de los resultados del ensayo clínico ALLHAT que demostraba los graves efectos adversos de la doxazosina se acompañó de un aumento de la prescripción y uso de la misma, y en general se demuestra el abandono de la prescripción de la alternativa más eficaz y segura, la del empleo de los diuréticos. Los autores de los comentarios criticados justifican el fundamento científico de sus propuestas y se preguntan por la independencia de los miembros del grupo de expertos. Por otra parte, está documentado, por ejemplo en Canadá respecto a las guías cardiovasculares, que a mayor participación de expertos, peor calidad de dichas guías.

Valores en conflicto

Los médicos generales “expertos” (los que pertenecen a grupos de expertos en sus respectivas sociedades científicas) se ven sometidos a fortísimos incentivos profesionales que muchas veces

no perciben como tales. Estos incentivos llevan a conflictos entre varios valores.

- El mejor conocimiento científico, libre de sesgos o con los sesgos identificados. Los profesionales y la sociedad valoran en extremo el buen conocimiento científico, independiente y actualizado.
- El reconocimiento profesional por los pares y por colegas de mayor "categoría". Los médicos "expertos" aspiran al reconocimiento por sus compañeros de fatiga y por los especialistas y expertos internacionales.
- El buen uso de los recursos que la sociedad pone a disposición de los médicos generales/de familia. Puesto que los recursos son finitos, es fundamental que el conocimiento que se transmite tenga en cuenta el mejor uso alternativo de los recursos que se comprometen con las propuestas de innovación.
- El respeto a la discrepancia científica de los colegas de base. Ser un médico general "experto" no da derecho a despreciar al que se opone o critica las decisiones y propuestas de los grupos de las sociedades.

Cursos extremos de acción

- La función sin crítica de los grupos de expertos de las sociedades científicas de médicos de Atención Primaria, de forma que sean pura correa de transmisión para la introducción de las novedades farmacéuticas y tecnológicas.
- El rechazo sin más a toda recomendación emanada de los grupos de expertos de las sociedades científicas de médicos de Atención Primaria.

Cursos intermedios de acción

Los grupos de expertos de las sociedades científicas de médicos de Atención Primaria cumplen una función que puede ser muy positiva. Por ello caben cursos intermedios de acción que den valor a su trabajo. Entre ellos:

- Introducir transparencia en las reuniones de los grupos de expertos. Por ejemplo, hacer públicas las actas de las reuniones y aceptar la presencia esporádica de participantes sin derecho a voto.
- Establecer recomendaciones transitorias, que se hagan circular entre los compañeros de base para que tengan tiempo y lugar en que presentar sus alegaciones y sugerencias.

- Invitar a integrarse en los grupos a aquellos compañeros de base que hace críticas y sugerencias reiteradamente. Por ejemplo, establecer canales privilegiados de contacto, en persona o por otros medios.
- Declarar conflictos de intereses, y mantener estos en un mínimo. En este sentido es fundamental lograr que el patrocinio de las empresas comerciales sea proporcional, transparente y sin que comprometa la independencia.
- Poner a disposición de los compañeros y de los pacientes toda la documentación que justifica las recomendaciones y conclusiones de los grupos de expertos. Por ejemplo, hacer accesibles todos los artículos de revistas empleados, o los informes de otros expertos.
- Participar en proyectos con instituciones oficiales, de forma que los médicos generales expertos no dependan exclusivamente de otros expertos y especialistas y de la industria. Sería encomiable la cooperación con otras instituciones como agencias de evaluación de tecnología, de agencias de medicamentos, o boletines terapéuticos independientes.
- Combinar juiciosamente en las recomendaciones lo nuevo relevante con lo antiguo importante. Lo nuevo no es un valor en sí mismo, salvo cuando aporta mejoras sustantivas sobre lo previo.

Curso óptimo propuesto

Es clave que los grupos de médicos generales/de familia expertos de las sociedades científicas de Atención Primaria cumplan con su labor eficazmente. Su independencia les llevaría a ser referencia ineludible en la toma de decisiones clínicas. En cierta forma, si lograsen crédito entre sus compañeros podrían ayudar a salvar el abismo entre la eficacia y la efectividad clínica. Su trabajo debería ser más de consenso y convencimiento que de confrontación. A ello ayudaría mucho la transparencia, el dejar claro que no hay intereses ocultos ni influencias vergonzosas; por eso la declaración de conflictos de interés es básica, como lo es el hacer público el acceso a las actas de sus reuniones y de sus contactos con otros expertos y con la industria; es política de transparencia también el dar acceso a todos los documentos empleados en la toma de decisiones. Además, es recomendable que se difundan las recomendaciones sin darle forma final hasta haber oído a los compañeros de base, que muchas veces tienen conocimiento

complementario, bien teórico bien práctico. En todo caso conviene que los grupos de expertos salgan del campo exclusivo de la iniciativa privada y participen con instituciones públicas pues ello les dará legitimidad y el aporte de fuentes independientes de conocimientos.

Recomendaciones

Los grupos de médicos generales/de familia expertos de las sociedades científicas de Atención Primaria pueden mejorar su dinámica de funcionamiento y la calidad de sus recomendaciones, de forma que el incentivo profesional lo sea también social. Se trata de lograr un equilibrio para que la puesta al día que sugieren sus conclusiones combine lo mejor de lo nuevo y de lo antiguo. Convendría que en su funcionamiento se tuviera en cuenta que:

- El objetivo de su trabajo es dar el marchamo profesional a las propuestas de innovación en la atención a los pacientes. Este crédito se debe basar en la consideración acerca del coste-oportunidad. Es decir, valorar el coste de las propuestas teniendo en cuenta lo que se dejaría de hacer en el caso de que se aceptasen las mismas (al emplear unos recursos en lo nuevo se dejan de emplear en otras actividades ya en marcha).
- Su trabajo es dinamizador, no dogmático. Se trata de lograr arrastrar a los compañeros para mejorar la práctica clínica, introduciendo lo nuevo relevante y conservando lo antiguo importante. No se trata de transmitir consignas. Por ello es básica la transparencia en todo el proceso de elaboración de las recomendaciones, y por ello es básico lograr la colaboración de los médicos de base, tanto para el perfeccionamiento de las recomendaciones transitorias como para recibir e integrar sugerencias y críticas.
- El principal incentivo para la pertenencia y el trabajo a estos grupos de expertos es el crédito profesional que se logra. Conviene mantener otros incentivos en lo mínimo y declararlos como conflictos de interés. El apoyo para reuniones, viajes y otros gastos debería ser público, proporcionado y sin que menoscabe la independencia.
- El ámbito de trabajo no debería limitarse a lo privado sino buscar activamente la cooperación con lo público, con instituciones de reconocido prestigio como agencias de evaluación de tecnologías y boletines terapéuticos.

Problema 5º

Incentivos por la mejora de la prevención

Las actividades preventivas se han convertido en parte clave de la práctica clínica diaria. No es extraño que la prevención ocupe tanto tiempo al médico en su consulta, dada su eficacia. Pero la prevención tiene un “halo” positivo que lleva a la aceptación con pocas críticas de todas las propuestas al respecto. En base al “más vale prevenir que curar”, vale todo y todo se acepta. Sin embargo, la prevención tiene sus límites y sus perjuicios y conviene valorarlos para tener una idea clara de las ventajas e inconvenientes.

Entre las actividades preventivas de mayor buena prensa encontramos las vacunas. Las vacunas son los medicamentos mejor valorados por los profesionales y la población, seguidos por los antibióticos. Es lógico, pues las vacunas han salvados millones de muertes y evitado millones de complicaciones y minusvalías. Basta pensar, por ejemplo, en la vacuna contra el virus de la poliomielitis, y tener en cuenta los minusválidos que antes “poblaban” nuestras ciudades y pueblos y que hoy han desaparecido. Pero en las vacunas también hay excesos y propuestas excesivas, “de más”. Sirva de ejemplo la vacunación contra el tétanos.

El tétanos es enfermedad terrible y muchas veces mortal que se previene con la vacuna. El tratamiento de la enfermedad declarada es difícil y prolongado, puede dejar secuelas y muchas veces acaba en muerte, sobre todo en ancianos. La vacunación antitetánica se inicia en la infancia, en un ciclo de cinco o seis revacunaciones que finaliza a los catorce años. Después, se suele revacunar cada diez años (incluso cada cinco) pero sabemos que bastaría con una dosis de recuerdo en toda la vida, en torno a los 65 años. Este conocimiento es de dominio público y bien fundado (está implantado como parte de la estrategia general de prevención en el Reino Unido hace veinte años, por ejemplo), pero sólo se introdujo en una publicación del Ministerio de Sanidad en 2009, y en la mayoría de las CCAA persiste la recomendación de revacunar contra el tétanos cada diez años.

¿Qué conflictos plantea la existencia de incentivos para revacunar contra el tétanos cada diez años cuando sabemos que es suficiente con una dosis de recuerdo en toda la vida, en torno a los 65 años?

Caso

En un barrio de una gran ciudad ha habido una paciente con tétanos, mala evolución y muerte. La prensa ha recogido varias noticias sobre dicho caso, pues la anciana muerta se infectó al pincharse con las espinas de un rosal que tenía en el balcón, y al encontrarse débil fue a consultar con su médico, que la derivó urgente a salud mental por sus dificultades para hablar. Sólo en el último momento el psiquiatra de guardia sospechó la causa infecciosa, y la anciana murió. Al revisar la historia clínica quedó claro que la paciente no había sido nunca ni vacunada ni revacunada contra el tétanos, y constaba su rechazo a la vacunación, literalmente entrecomillado: “rechaza la vacuna contra el tétanos porque dice que eso es cosa de pueblos, y que aquí no pasa; se insiste pero no atiende a razones”.

Con motivo del fallecimiento de la paciente los profesionales del centro de salud correspondiente revisan todas las historias clínicas (15.000) para determinar el estado vacunal de los pacientes frente al tétanos. Descubren que hay graves fallos, especialmente por no cumplimiento de la revacunación cada diez años y por falta de registro en los inmigrantes. Los fallos son más frecuentes en las mujeres mayores de 65 años, bien por negativa a vacunarse bien por ausencia total de registro al respecto. Muchas ancianas no han sido vacunadas nunca por contraste con los varones de su edad, pues casi todos ellos fueron vacunados al menos al hacer el servicio militar obligatorio. Por todo ello los profesionales deciden emprender una “campaña” que asegure la revacunación de todos los pacientes, con énfasis en el grupo de mujeres mayores de 65 años.

Como era de esperar, el caso levantó gran revuelo, y la Gerencia decidió rápidamente introducir un incentivo para lograr que todos los pacientes se revacunaran contra el tétanos cada diez años.

El médico y la enfermera encargados de organizar la “campaña” en el centro de salud afectado encuentran los varios trabajos de Luis Palomo en los que se demuestra e insiste en la revacunación una sola vez en la vida. Comprueban que esta pauta fue finalmente recomendada por el Ministerio de Sanidad al comienzo de 2009. También comprueban que la Comunidad Autónoma suya sigue recomendando la revacunación cada diez años. El exceso en la revacunación tiene graves inconvenientes, locales y generales, incluyendo afectación renal. Si es posible revacunar sólo una vez en la vida, no hay duda acerca de que esa debería ser la pauta. Pero la Gerencia incentiva la revacunación decenal, y resultará chocante que cree problemas y que promueva una pauta más simple y

menos agresiva justo el personal del centro de salud “origen” del problema. El médico y la enfermera comentan la cuestión en una reunión de todo el personal del centro de salud, y deciden hablar con la Gerencia, presentar un informe al respecto, e intentar seguir la pauta racional (revacunación una vez en la vida) que simplifica el trabajo y tiene menos efectos adversos con el mismo resultado en salud.

Valores en conflicto

Los profesionales del centro de salud sienten que no son precisamente ellos los más reconocidos como “prudentes” respecto a la prevención antitetánica, pero en lo íntimo saben que no lo hicieron mal en el caso que salió a la prensa, y que es hora de hacer las cosas bien, aunque sea en contra de la opinión de la Gerencia, y de los incentivos establecidos para fomentar la vacunación. Estos incentivos promueven una pauta errónea con la que no se compensa el beneficio con el perjuicio en lo que respecta al paciente, y que además conlleva más costes de organización (suministro de la vacuna, seguimiento cada diez años, etc) y más tiempo para los profesionales, que lo detraerán de tareas más importantes y efectivas.

Los dos valores en conflicto son:

- De una parte lograr el máximo beneficio en salud, respecto al tétanos. Es decir, la necesidad de ofrecer la vacuna antitetánica a toda la población, especialmente a la más desprotegida, las mujeres ancianas.
- De otra parte la búsqueda de la eficiencia, de la mejor respuesta y pauta, la que mejor equilibrio tenga entre beneficios y riesgos para el paciente y menores costes tenga para la organización y para el trabajo diario de los trabajadores.

Cursos extremos de acción

- Sería un curso extremo de acción el ofrecer la revacunación a todos los pacientes cada diez años e implantar una “campaña” en el centro de salud que asegure el cumplimiento de este objetivo y la consecución del incentivo. Con ello se ignoran por completo las cuestiones en torno a la efectividad y eficiencia.
- El otro curso de acción sería ignorar por completo las instrucciones de la Gerencia y seguir la pauta de revacunación una vez en la vida. De esta forma se resuelve el

problema local pero se pierde la oportunidad de lograr el cambio lógico, en toda el área de influencia de la Gerencia.

Cursos intermedios de acción

Las mejores soluciones suelen ser las que tienen en cuenta todos los valores en conflicto, que en este caso son el mejor beneficio para la salud a costa de la mejor pauta en la revacunación antitetánica. Para ello a los profesionales no les basta el cumplimiento de las normas sugeridas por la Gerencia, que además se refuerzan por un incentivo específico. En el caso concreto considerado, el caso de tétanos con muerte ha conmovido a todo el personal y su deseo es hacerlo lo mejor posible, con o sin incentivos. Como posibles cursos intermedios de acción se plantean los siguientes:

- Tras la revisión de las quince mil historias, elaborar un informe acerca del estado de la vacunación antitetánica en la población y difundirlo entre los otros centros de la misma ciudad. Elaborar un anexo de recomendaciones en que se recoja la propuesta del Ministerio de revacunación única a los 65 años, y proponer ésta como la mejor alternativa que debería ser incentivada. Buscar una acción común de presión sobre la Gerencia.
- Aceptar la sugerencia de la Gerencia, pero aplicarla en una primera fase sólo a los ancianos no vacunados. Es decir, iniciar la pauta de revacunación en los que nunca fueron vacunados, con énfasis en las mujeres ancianas, y contabilizarlas en el futuro plan de revacunar cada diez años. Al tiempo plantear un plan de acción para convencer a la Gerencia de la necesidad de simplificar la pauta recomendada para cambiarla de cada diez años a una vez en la vida en torno a los 65 años.
- Convencer a la Gerencia para establecer una comisión que ponga al día la situación de las vacunas tanto en población infantil como en adultos. Se trataría de lograr obtener el máximo beneficio de las vacunas con el menor perjuicio, de forma que se utilizasen juiciosamente, según la mejor pauta científica. La Gerencia podría aprovechar esta comisión para revisar a fondo los excesos y defectos en la aplicación de las pautas de la prevención en general.
- Difundir los trabajos españoles e internacionales que demuestran fehacientemente la misma eficacia de las pautas excesivas, tipo revacunación cada diez años, que las pautas

restringidas, tipo revacunación una vez en la vida. Para ello lograr los originales en PDF, y organizar una jornada en la ciudad, para profesionales, sobre “actualización en vacunas”.

- La Gerencia acepta el cambio en el incentivo, para promocionar la revacunación de todos los adultos a los 65 años pero sólo hasta que una comisión emita un informe al respecto.

Curso(s) óptimo(s) de acción

La muerte de la anciana por tétanos es un poderoso motivo para revisar todo el calendario vacunal a lo largo de toda la vida en toda la población dependiente de ese centro de salud y de los de la misma ciudad. La Gerencia podría aprovechar “el tirón” del caso para urgir a los profesionales a un mejor uso en general de la prevención. En concreto podría utilizarse la vacunación antitetánica como ejemplo de “ni tanto ni tan calvo”, de los problemas que plantea una prevención vista sin límites y sin problemas. En este sentido sería solución óptima la que combinase la creación de una comisión para revisar las pautas vacunales en niños y adultos, y después para revisar la prevención en general, con un cambio en el incentivo para promover la revacunación de todos los adultos una vez en la vida, en torno a los 65 años.

Son también cursos próximos al óptimo, la solución pragmática del centro de salud de aceptar el incentivo en lo que implica revacunar a los ancianos nunca vacunados al tiempo que se plantea la estrategia para convencer a la Gerencia.

En todo caso, lo clave es la mejora del estado de salud de la población mediante la revacunación, con especial énfasis en las ancianas, que son las más indefensas frente a la infección y las que peor pronóstico tienen. Este fin debería cumplirse sin dañar a la población por exceso de vacunación y sin despilfarrar recursos, ni materiales ni personales.

Recomendaciones

El caso de la anciana muerta por tétanos puede ser un revulsivo para dar un repaso en profundidad no sólo a las vacunas sino a todo el campo de la prevención. Como actividad sanitaria la prevención tiene ventajas e inconvenientes y no puede verse como libre de problemas. Por buena que sea una aplicación preventiva su exceso suele ser perjudicial. Además, los despilfarros en recursos tienen un coste-oportunidad, pues lo que se emplea en algo innecesario se deja de emplear en lo necesario. Por todo ello sería recomendable que los eventos con impacto, del tipo de muerte

evitable por tétanos, se emplearan para remover un campo en el que existe demasiada auto-complacencia, incluso con excesiva aceptación por la población.

Por otra parte, las reacciones “pasionales” no son buenas para introducir incentivos. Si hay que fomentar algunas pautas preventivas, algunas vacunaciones, conviene establecer un plan general y para ello es fundamental contar con los profesionales y elaborar un estudio que lo justifique. El conocimiento no es estático y es importante trasladar cuanto antes lo nuevo a la práctica clínica, pero muchas veces las pautas obsoletas son capaces de mantenerse contra toda lógica. Precisamente los incentivos pueden servir para acelerar la transferencia de nuevo conocimiento de forma que se beneficie cuanto antes el paciente. Para ello los incentivos tienen que ser pensados, y evitar su introducción apresurada y equivocada.

En síntesis, este caso plantea en general el campo de los incentivos para el fomento de la prevención y en particular los problemas que surgen con los incentivos que se introducen con prisas y en contra del mejor conocimiento. La recomendación es que los incentivos tengan siempre un sólido fundamento científico y que sean cuidados para promover la actividad en su justa necesidad, ni en exceso ni en defecto.