



Públic - privat: una relació complexa

Membres del Grup d'Ètica:

- Mònica Almiñana Riqué
- Lluís Balagué Gea
- Carme de Castro Vila
- M. José Fernández de Sanmamed Santos
- Carles Llor Vila
- Roser Marquet Palomer
- Ramón Morera Castell
- Eva Peguero Rodríguez
- Albert Planes Magrinyà
- Miquel Reguant Fosas
- Marisa Rubio Montañés

Referents de la comunitat:

- Paquita Cervera Riera
- M. Carme Gironés Bernatallad
- Milos González-Mestres Cabañes
- Maite Nieto Tarín
- José Vicente Pérez de la Sierra
- Daniel Serra Escaño
- Teresa Soler Ribera
- Eduard Turon Mainat

Referents del Grup d'Ètica:

- Carmen Adalid Villar
- Joan Atmetlla Andreu
- Carme Batalla Martínez
- Gabriel Coll i de Tuero
- Eva Comín Bertrán
- Ramon Cunillera Grañó
- Josep Manuel da Pena Alvarez
- Matilde Ezquerria Lezcano
- Josep Jiménez Villa
- Francisco Marín Jiménez
- Josep Mercadé Orriols
- Elena Muñoz Seco
- Joaquim Pellejà Pellejà
- Jesús Pujol Salud
- Pascual Solanas Saura
- Montserrat Soler Conde
- Pedro J. Subías Loren
- Joan-Enric Vidal Ruiz
- Rosa Vila Rigat
- Concepció Violán Fors
- Francesca Zapater Torras

Tant els referents com els consultors fan aportacions a l'esborrany del document, les quals es tenen en compte, però el contingut fi nal del document és responsabilitat del Grup d'Ètica, que n'és l'autor.

Les "Reflexions de la pràctica quotidiana" volen oferir motius de reflexió als lectors (bàsicament metges de família), que els ajudin a millorar el vessant ètic de l'atenció que presten als ciutadans. En cap cas pretenen establir normes d'actuació ni definir estratègies per tal que els professionals evitin possibles problemes jurídics. En qualsevol cas, els membres del Grup d'Ètica entenen que una pràctica èticament correcta és, dins la incertesa de la nostra professió, una bona eina, no sols per fer-ho millor sinó també per prevenir problemes jurídics.



Introducció

■ Què està passant?

La societat actual considera el dret de la salut com un dret fonamental i garantit pels poders públics com un element de justícia.

Però la realitat és ben diferent:

- La sanitat pública no sempre garanteix d'una forma igual l'accés (llistes d'espera, horaris,...) o fins i tot les prestacions són diferents en tipus i qualitat segons el lloc concret del país on vivim.
- Les mancances del sistema públic fan que s'hagi defensat de forma oberta per part d'algun conseller de Sanitat la doble cobertura sanitària per descongestionar llistes d'espera¹, oblidant que, a part que ningú ha demostrat que sigui un avantatge per al sistema, discrimina les persones amb menys recursos.
- Un exemple evident de la doble moral és l'existència per als funcionaris (MUFACE i altres mutualitats) de la capacitat d'elecció de sistemes privats de cobertura sanitària que fa menys creïble el sistema públic com a garantidor d'un bon servei.
- La convivència entre medicina pública i privada pot arribar a ser tan estreta que centres privats treballin per al sistema sanitari públic. Serien el que anomenem centres "concertats". Aquests centres es financen en part amb fons públics, finançament que pot anar en detriment dels centres públics, afavorint el seu deteriorament i descapitalització. Aquesta situació facilita la confusió i la complexitat en què ens movem.
- A tot això s'hi afegixen pràctiques poc ètiques en alguns casos com:
 - Repetir proves com (cas real) una colonoscòpia, primer per al diagnòstic i després per al tractament d'uns pòlips, augmentant els riscos per al pacient per un guany econòmic.
 - Cobrar i pagar comissions per derivar a altres serveis o especialistes (anomenat dicotomia, i no acceptat al Codi Deontològic)
 - Introduir persones de la medicina privada a les llistes de la pública de forma anòma.²

La convivència entre medicina pública i privada genera un problema de conflicte d'interessos que genera tant per als professionals que treballen en els dos sistemes com per als gestors que tenen la falsa creença³ que l'existència de la medicina privada és font d'estalvi⁴ i provoca que no ho vegin malament.

¹ Es diu que la segona cobertura pot resoldre coses menors, quan sovint el que fa és generar una doble consulta al sistema públic i privat.

² L'argument pot ser que la situació ho requereix, perquè és urgent. Si és així, cal estendre aquesta reflexió i actuació per a tots els nostres pacients.

³ **Creences:** Supòsits bàsics sobre nosaltres, els altres i el món que ens envolta. Són estructures de pensament arrelades i construïdes al llarg del nostre aprenentatge, que ens serveixen per explicar-nos la realitat. Precedeixen i configuren els valors.



L'objectiu d'aquest document és debatre sobre els problemes i conflictes ètics que se'ns presenten als professionals, tant quan treballem en l'àmbit públic (majoritari entre els socis de la CAMFiC, actualment), com en el privat, en aquest context que hem descrit de convivència estreta entre els dos sistemes.

Però, justament per totes aquestes dificultats, creiem que és necessària una reflexió i un canvi d'actitud en molts dels aspectes que vinculen ambdues maneres d'exercici professional.

I si fem o volem fer medicina privada, ens hem de basar en els mateixos principis ètics que si fem medicina pública, essent conscients que l'accés no serà igual per a tots i que no és just ni solidari participar o afavorir que els pacients utilitzin els avantatges de la privada per l'accés i els de la pública per la gratuïtat.

També cal evitar el xarlatanisme tant d'un cantó com de l'altre, i tenir respecte entre ambdós tipus de medicina.

Un altre debat és que a partir del fet que els recursos públics són limitats cal fer una anàlisi de la cartera de serveis i valorar què ha de finançar la medicina pública per garantir el dret a la salut i que els governs, a partir d'aquesta anàlisi actuïn amb coherència i hi destinin els recursos que facilitin que moltes qüestions d'aquest document siguin obsoletes.

⁴ Conflicte d'interessos "Conjunt de condicions en les quals el judici professional respecte d'un interès primari tendeix a ser excessivament influït per un interès secundari" (Thompson) **NEJM 1993;329:573-6.**

El conflicte d'interessos es dona quan una determinada actuació en benefici d'algú es pot perjudicar un altre interès legítim. I es considera que la seva existència no provoca o és per força un problema legal o ètic però sí que de forma inconscient pot influir a prendre decisions que, analitzades no són correctes o no són ètiques.



Què en diuen les normes?

■ Codi de Deontologia

▶ 116

Quan el metge participi en un espai d'informació de caràcter educatiu sanitari, cal que ho faci amb temes de la seva competència, que sigui prudent i que consideri les repercussions que pot tenir en el públic. Ha d'abstenir-se de tenir una actitud publicitària.

▶ 117

El metge no ha de fomentar enganyoses esperances de guariment ni tampoc promourà falses necessitats relacionades amb la salut. També s'haurà d'abstenir d'emprar mitjans i/o missatges publicitaris que menystinguin la dignitat de la professió o tinguin afany de lucre.

▶ 118

El metge té el deure d'estalviar al màxim possible els mitjans posats al seu abast, siguin públics o no, sense però privar mai el pacient d'allò que sigui necessari per a una bona qualitat de l'assistència.

▶ 119

El metge té el dret a percebre honoraris d'acord amb la seva qualificació professional i la responsabilitat de la seva funció. La remuneració no pot estar lligada a l'èxit de la seva activitat i l'acte mèdic mai no podrà tenir com a fi exclusiu el lucre.

▶ 120

Els honoraris mèdics han d'ésser dignes i no abusius. Cap metge no podrà acceptar remuneracions o beneficis directes o indirectes en qualsevol forma, en concepte de comissió, com a propagandista o com a proveïdor de clients o per altres motius que no siguin de treballs encomanats. Tampoc les pràctiques dicotòmiques són èticament acceptables.

▶ 121

Cap metge no podrà vendre als pacients, servint-se de la seva condició de metge, fàrmacs, herbes medicinals, productes farmacèutics o especialitats pròpies o fórmules magistrals, tret de casos especials que el Col·legi de Metges haurà d'autoritzar expressament.

▶ 122

Cap metge no podrà derivar-se o derivar amb fins lucratiu pacients entre institucions, centres o consultes.



Qüestions polèmiques

■ És correcte que un metge del sistema públic visiti les mateixes persones a la medicina pública i privada?

No és excepcional en el nostre entorn que un metge tingui consulta privada a la mateixa població i per a les mateixes persones que té assignades en el sistema sanitari públic. Alguns metges de família poden indicar, en un EAP, una baixa laboral (IT) i atendre el mateix pacient com a metge d'una mútua laboral. Es pot avaluar en cadascun dels diferents llocs de treball la situació del mateix malalt sense estar condicionat? Els conflictes d'interessos que generen són ben obvis

La nostra lleialtat amb el pacient fa impossible assumir aquesta dualitat, massa freqüent al nostre país. No és honest fer creure que l'atenció que rebrà per part del mateix professional serà diferent en un lloc o en un altre. I si fos veritat que és diferent, cometriem un frau econòmic i d'honestedat vers la persona que atenem i vers la societat.

Al marge del que diu l'article 122 del codi de deontologia, cal tenir en compte el conflicte d'interessos entre els dos llocs de treball, per molt que procurem una relació de la mateixa qualitat professional. Aquest conflicte d'interessos pot fer impossible una relació honesta amb el pacient. A més de les raons ètiques, hi ha raons empresarials que no fan recomanable el treball en dues empreses diferents (pública i privada) pels mateixos clients: es tracta del que anomenem competència deslleial. Ningú entendria que un comercial treballés al mateix temps i a la mateixa zona per a dues marques diferents de vehicles...

Aquesta relació ambivalent encara s'evidencia més com a perversa en la persistència de pagament de conductes ("iguales")⁵. La conducta no és més que una manera d'estabilitzar una atenció privada amb les mateixes persones que hem d'atendre en un centre públic. La "igual" institucionalitza, explícita de forma encara més clara, l'autoderivació de pacients des del sistema públic a la medicina privada, on s'obté un benefici econòmic personal.

¹ La conducta (igual) és un pagament fix mensual que prové de l'època sense assegurança pública. És a dir, era un pagament que cobria com una assegurança mèdica els serveis d'un professional per garantir l'assistència de forma continuada amb una quota fixa (sistema mutual directament amb un sol professional). En el seu origen (no sistema de protecció de salut) podria arribar a ser una mesura que facilitava l'accés de més gent a l'assistència i, per tant, era una mesura positiva. Posteriorment a la creació de l'assegurança pública, es va mantenir per als que no tenien cobertura però també per als que en tenien amb un argument real que el sistema públic no tenia instal·lacions pròpies ni equipament i es feia servir en part per equipar les consultes però també se solia fer horaris i accessibilitat diferenciada per a les persones aconductades que era clarament discriminatòria. Actualment amb els professionals treballant en edificis públics i amb recursos i equipament públic, com ja hem dit, no és més que un frau a les persones i al sistema públic.



■ Què puc fer si, exercint a la medicina pública, hi ha pacients que van a la privada?

Sovint ens trobem amb pacients que venen a la consulta pública quan ja han anat a un metge privat.

Cal que li expliquem la complexitat i els riscos d'una doble direcció mèdica però no podem negar-li el dret a anar a qualsevol recurs. Cal que li informem que la responsabilitat d'anar-hi és seva a tots els efectes que se'n derivin (de salut, econòmics,...). Cal tenir clar, però, que no ens podem inhibir si participem del

seguiment del pacient, encara que sigui per altres motius (problemes menors o altres qüestions). Hem de recollir la informació clínica si l'obtenim. I no podem abandonar-lo ja que ens podem trobar (per exemple en malalts oncològics) que la medicina privada deixa d'intervenir quan ja "no hi ha solució".

O en les situacions en les quals la cobertura de la mútua s'acaba perquè no cobreix una prestació determinada o simplement s'acaben els diners de la família per pagar un recurs privat. El deure de no abandonar és al Codi deontològic i ens obliga a tots al marge del tipus de medicina que fem.

També és recomanable explicar de forma preventiva als pacients que la seva utilització dels recursos privats és lliure i que, per tant, ha d'estar disposat a assumir-ne les despeses que se'n deriven (medicaments, proves).

■ Podem derivar persones ateses per nosaltres de la medicina pública a la medicina privada?

De vegades ens trobem amb persones que manifesten que tenen una mútua o que es poden pagar alguna prova o consulta i que si ens sembla bé, ho poden fer. Aquest també és un dilema existent.

Quan les llistes d'espera s'allarguen i ens sembla que un tema urgeix, pot ser que ens plantejem suggerir a algú que a la medicina privada li poden resoldre: una prova, una confirmació diagnòstica, etc.

Aquesta decisió té moltes contradiccions que, si la prenem, hem d'assumir:

- D'entrada discrimina les persones sense recursos, que no s'ho podran permetre.
- Si el fet no és excepcional, pot fer que perdem l'hàbit de reclamar al Servei Català de Salut més agilitat en la resposta a alguns temes.
- També cal tenir clar que, evidentment, no en podem treure cap benefici personal o professional.
- Cal tenir clar què farem quan tinguem la resposta i/o el tractament. Sembla lògic que si l'hem derivat n'assumim allò que en sorgeixi, amb criteri fonamentat.

Per tant, el criteri general ha de ser intentar que el problema sigui resolt dins el sistema públic i fer les gestions que calgui perquè així sigui. I convertir la pregunta en un tema excepcional.

Una situació diferent es planteja quan parlem de recursos que la medicina pública no té (psicoteràpia per a trastorns d'ansietat, podologia,...). En aquest cas es crea un problema d'equitat perquè no tothom hi podrà accedir i cal que incidim perquè es defineixi una cartera de serveis pública clara i diàfana.

També es pot donar una altra situació quan el coneixement de la pràctica del metge referent no és correcta i pot ser perjudicial per a la persona, o quan només s'ofereixen solucions amb una utilitat inferior (p.e benzodiazepines per problemes on la psicoteràpia és millor) Sembla evident

⁶ Cal recordar l'article 47 del Codi Deontològic que diu: "el metge no emprarà ni prescriurà medicines amb les quals no estigui degudament familiaritzat i que no estiguin basades en l'evidència científica o en l'eficàcia clínica, encara que el pacient ho consenti"



que si en tenim coneixement hem d'informar la persona de la situació per lleialtat i podem recomanar-li algun professional de la nostra confiança tot i que provoca la contradicció de com resoldre-ho amb persones sense recursos.

■ I si, en la situació anterior, la iniciativa la pren el pacient?

De vegades ens trobem persones que ens aporten els resultats que esperem perquè ja ho han fet pel seu compte.

En aquest cas no tindrem un dilema ètic previ perquè la situació no l'hem provocada nosaltres però evidentment se'ns plantegen interrogants molt similars a l'anterior qüestió.

Si de la prova demanada se'n deriva alguna altra actuació, aquesta persona haurà passat per davant d'altres, en tenir recursos per accedir a la medicina privada tindrà abans la resposta i, per tant, serà un privilegiat.

I, per tant, ens torna a generar dubtes que haurem d'abordar de forma individual, per prendre la decisió més encertada.

■ I si l'argument de la persona és la llista d'espera?

Caldrà distingir dues situacions ben diferents:

- el pacient podria esperar però no vol: hem de fer un esforç per intentar reduir la seva ansietat i fer-li entendre que no tot pot fer-se "al moment". Si malgrat tot, ho vol fer, cal dir-li que n'haurà d'assumir la responsabilitat plena.
- La llista d'espera no és raonable per al problema del pacient: aquest tema ja ha sorgit en l'apartat de derivació per part del metge de la pública a la medicina privada, i fent també el pas de reclamar, pacient i nosaltres, una solució més àgil a la medicina pública. Cal fer un esforç personal per intentar que en els casos urgents siguin atesos, encara que per això calgui un contacte directe amb els altres professionals, que normalment dóna un resultat positiu.

■ Puc passar les receptes d'un metge de la privada, si exerceixo en la medicina pública?

La resposta és clara: d'entrada, no.

Però possiblement aquesta qüestió és una de les de més difícil resposta en el dia a dia però també és de les més clares en la teoria. El dret del pacient a buscar altres solucions no va lligat a una cobertura econòmica pública, però es poden donar circumstàncies que ho fan més difícil, que és quan considerem el tractament

correcte i la consulta l'ha fet el pacient per la llista d'espera del sistema públic. Fins i tot en aquest cas, que sembla raonable fer-ho, cal recordar que estem afavorint el negoci privat en fer que els costos derivats de la consulta siguin menors.

I cal que apliquem els principis que han de guiar la prescripció: efectivitat, seguretat, adequació i cost i en les recomanacions dels grups de consens⁶. Massa sovint es veu l'ús de la darrera novetat com a element "d'enlluernament" al pacient sobre el coneixement "actualitzat" del professional. I podem fer referència com a exemple a l'ús desorbitat de coxibs⁷, alguns dels quals ja s'han retirat pels problemes de salut que han provocat.

⁷ La polèmica va arribar als tribunals pels comentaris fets per l'Institut Català de Farmacologia i finalment el rofecoxib va ser retirat, tenen moltes demandes judicials. Si voleu informació sobre el conflicte v. Fundació Institut Català de Farmacologia. Declaració. Butll. Groc 2004;17:2



Cal demanar que el tractament vagi acompanyat de la informació clínica que el justifiqui. Tota prescripció s'ha de basar en un judici clínic i en una responsabilitat respecte del pacient. Mai, però, podrem assumir tractaments que no considerem adequats, i hem d'informar el

pacient de la nostra opinió sobre la correcció o no del tractament, o que no estem en condicions de valorar si són adequats (com per exemple quimioteràpia antineoplàstica⁸). No podem emparar-nos en el fet que la prescripció no és nostra. Quan el pacient ens consulta hem de ser honestos per garantir la no maleficència.

■ Puc demanar les proves de la medicina privada a la medicina pública?

Sovint se'ns planteja el cas d'una persona que va a un metge privat (ginecòleg, odontòleg,...) i ens demana les anàlisis, raigs X,...

La situació és encara més complexa que en la pregunta anterior per diversos motius: El primer és que, si la visita s'ha fet per avançar en la llista d'espera, quan demanem les proves estem actuant contra la justícia ja que tenim persones que no han accedit a la medicina privada (o no hi poden accedir per raons econòmiques) que poden enlentir encara més la seva atenció perquè col·loquem enmig els afortunats consultants de la medicina privada.

El segon és el mateix que hem comentat de les receptes, cal recordar però, que facilitem el negoci privat en fer que els costos derivats de la consulta siguin menors.

I finalment, hi ha el fet de valorar si la prova és adequada i estem d'acord en la seva indicació. Aquesta valoració l'hem de fer tant si no "passem" la prova com si creiem que l'hem d'indicar

Què fer com a metges de la sanitat pública quan el seguiment-tractament que es fa des de la medicina privada d'un determinat problema de salut, sobretot en casos greus com ara càncers, no segueix els protocols estandarditzats ?

La nostra primera obligació és sempre amb el pacient i el nostre deure és dir-li que no se li estan fent les coses bé i aconsellar-li que es deixi portar en un lloc on segueixin les guies de pràctica clínica de Catalunya basades en l'evidència, aspecte que en la majoria dels casos està garantit en la medicina pública. Ha de prevaler la no maleficència en aquest cas.

■ I si el diagnòstic o la sospita de la medicina privada és una malaltia greu i cal una actuació ràpida?

Si la persona ens demana que siguem els referents és evident que en situacions com aquesta la no maleficència per omissió per al pacient passa per davant d'altres dilemes ètics.

Ens hem de passar informació entre metges que exerceixen a la medicina privada i a la pública sobre l'atenció i els problemes de salut de pacients?

Sovint no informem ni rebem informació (només la "recepta"). El pacient té dret a tenir informació clínica que pot utilitzar per fer una consulta en un altre àmbit, per tant, tenim el deure de facilitar-li la informació clínica que tenim. Igualment el metge de la medicina privada té el deure d'informar el pacient de tot el que li afecti i, especialment, de tot allò que pot interferir en la seva salut i en el nostre seguiment.

⁸ A més, hi ha un altre element afegit, la quimioteràpia al sistema públic s'administra a l'hospital que el compra directament amb un cost molt menor. Fent-ho amb receptes es produeix una despesa major, per tant, una malversació de fons públics.



■ És possible que la medicina privada faci més controls (o menys, si és una mútua) per raons econòmiques?

Aquesta és una qüestió que, malauradament, es fa servir per part d'alguns professionals a la medicina privada. Un exemple evident d'aquesta pràctica és el foment de la citologia anual per part d'una part de ginecòlegs, quan totes les recomanacions de fa anys d'organismes internacionals de prestigi, són molt diferents. I fins i tot, s'ha manipulat a la població amb informacions no correctes perquè la reclamin.

Cal donar a les persones la informació basada en l'evidència i en els consensos existents i aclarir si es dona quan determinada actuació no és coberta pel sistema públic per motius econòmics. I cal que no ens basem en les nostres subjectivitats personals.

També existeixen professionals, sobretot a mútues d'accident, que reben pressions per demanar menys proves. Cal ser lleials amb el pacient.

■ Puc demanar més proves si exerceixo a la privada?

Cal tenir en compte que sempre abans de demanar una prova hem de plantejar el bé del pacient (i la no maleficència ja que algunes proves tenen més risc que benefici). A més de l'article 118 del Codi cal referir-nos al 12 que diu:

Les exploracions complementàries mai no han de practicar-se de manera rutinària, indiscriminada o abusiva.

Cal tenir en compte que l'objectiu de les proves ha de ser la beneficència per al pacient i sotmetre'l a proves no necessàries pot ser un risc i és una malversació de recursos, siguin personals o col·lectius. Cal demanar proves basades en l'evidència i en la seva necessitat. Sotmetre un pacient a una prova no indicada per por a una reclamació (medicina defensiva), per complaença (medicina a la carta) o deixar de fer una prova necessària per criteris economicistes entra en la maleficència, per tant, no és correcte des de la perspectiva ètica, ni en la medicina pública ni en la medicina privada.



Recomanació Final

Aquest document sorgeix, com ja hem dit, en un context sanitari i polític concret amb moltes contradiccions que farà que, a moments, la decisió no sigui del tot fàcil. Repassem els aspectes que ens poden ajudar a prendre les decisions en l'anàlisi del cas que se'ns plantegi.

- No maleficència (primum non nocere) per acció o omisió: cal evitar que el pacient prengui mal. Medicalitzar és fer mal⁹, i no té res a veure amb medicar.
- Justícia: cal intentar que els recursos s'utilitzin amb equitat
- Lleialtat: hem de ser lleials amb el pacient per aclarir-li la nostra opinió en cada cas que ens trobem
- No benefici: de cap de les decisions que prenguem en temes plantejats en aquest document en podem extreure cap benefici personal (econòmic o altres)

I AMB TOT AQUEST BAGATGE HAUREM DE DECIDIR ASSUMINT QUE ALGUNES DE LES NOSTRES DECISIONS PODEN SER CONTRADICTÒRIES.

Punts Clau

- No és correcte ni legítim atendre les mateixes persones per part d'una mateixa professional a la medicina pública i privada.
- A la consulta privada és un frau usar recursos de la medicina pública (derivacions, receptes, IT,..)
- És xarlatanisme i maleficència, tret que es basi en l'evidència, suggerir que altres professionals o medicines fan menys exploracions de les que "toquen" (citologies, densitometries,...)
- El deure de no abandonar el pacient (treballem a la pública o a la privada) comporta està disposat a assumir la seva assistència quan ens vingui a consultar però no ens obliga a assumir les propostes d'altres professionals.
- En les situacions en què, exercint a la medicina pública i un cop analitzat el cas, indiquem proves o medicacions que ha recomanat la medicina privada, hem de tenir present evitar el perjudici a tercers o la malversació de fons públics.
- Hem de ser lleials i honestos amb els pacients exposant els problemes en cada conflicte que se'ns plantegi entre medicina privada i pública.
- Hem de basar-nos en les nostres decisions en el judici clínic que ens porta a analitzar què és millor per al pacient.

⁹ Medicalización: La forma en que el ámbito de la medicina se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas. (Kishore. Diccionario de Salud Pública)