

L Eisenberg

*Catedrático emérito de Psiquiatría y de Medicina Social.
Universidad de Harvard. Boston, Massachusetts*

Traducción: Esther Pérez Pérez

El argumento se basa tanto en un fondo teórico como empírico. Se contrastan los objetivos de la medicina con los del mercado. La relación entre paciente y médico es el centro de la asistencia médica. En este contexto se examinan las estrategias de mercado empleadas por las empresas gestoras de servicios asistenciales que persiguen la obtención de beneficios, su rentabilidad, su jactancia de que han moderado los gastos sanitarios, y los actos ilegales atribuidos a la cadena más poderosa. Se subraya el impacto negativo de la economía de mercado en las instituciones sin ánimo de lucro, y en los centros médicos con docencia. Se rechaza la nostalgia por el pasado como una solución para el futuro; la práctica de pago por acto médico y de reembolso a los hospitales han sumido a la medicina en el caos. El criterio para juzgar la calidad de los sistemas sanitarios deben ser los resultados en términos de salud. Si hemos de ser fieles a nuestra vocación de médicos y de inspirar a nuestros estudiantes la visión de la medicina como una vocación, y no como un negocio, la facultad de medicina deberá estar encabezando una lucha por el acceso universal a la salud, la continuidad de cuidados y la calidad de la asistencia sanitaria para todos los ciudadanos americanos.

El primer principio de la medicina clínica –los intereses del paciente son prioritarios– es incompatible con el primer principio del mercado –lo prioritario– son los beneficios. Con una asistencia gestionada con ánimo de lucro como protagonista de lo que se ha venido a llamar “el mercado médico”, se pone en peligro la educación clínica y moral de los estudiantes.

Salud y mercado

En el primer libro de La República, Sócrates afirma que “la medicina no considera los intereses de la medicina, sino el interés del organismo... ningún médico, y precisamente por el hecho de ser médico, considera en su práctica clínica su propio beneficio, sino el beneficio de su paciente...”.

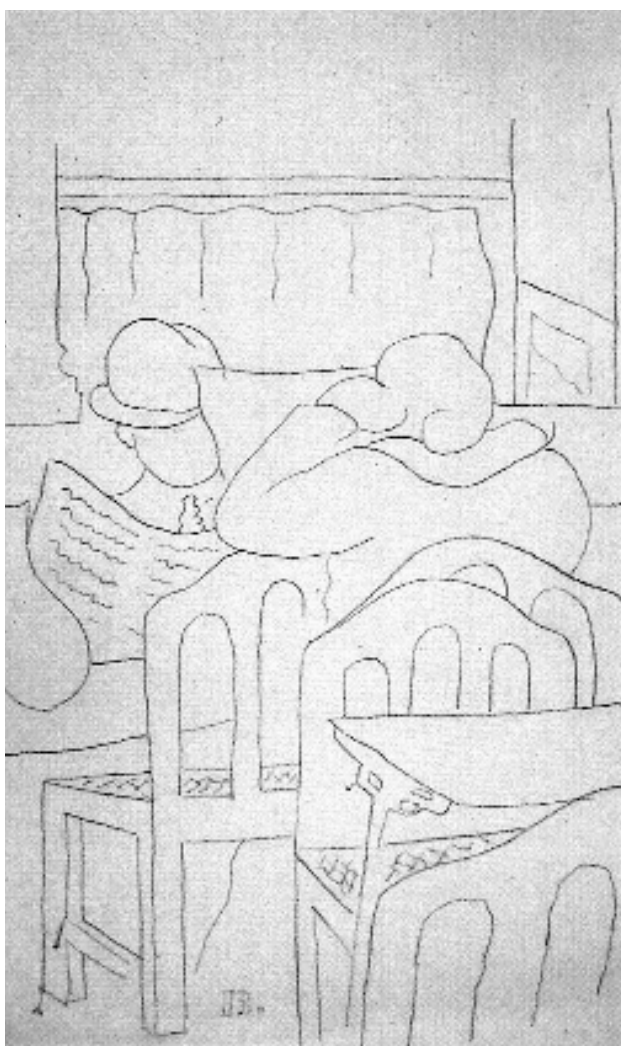
Sócrates sabía que los médicos precisaban una compensación. El arte de la medicina, añadió, se acompaña de otro arte: “el arte de cobrar”. Es triste decir que todos nosotros conocemos médicos dedicados con mucha mayor intensidad al arte de cobrar que al arte de la medicina. Pero el hecho de que algunos sean corruptibles no altera el ideal que deberíamos seguir los médicos. Como añadía Sócrates, la medicina “no es el arte de recibir la paga [simplemente] por el hecho de que se acepten tarifas en el proceso de la curación”^{*}.

Contrastemos el ideal platónico con el pragmatismo del mercado, tal y como enunciaba el pope del capitalismo del *laissez-faire*, el Profesor Milton Friedman de la Universidad de Chicago. Proclama que: “pocas tendencias podrían minar tan profundamente las bases de nuestra sociedad libre como el que los empleados públicos aceptaran otra responsabilidad social que no fuera el obtener la mayor cantidad posible de dinero para sus inversores”¹.

El pragmatismo está reemplazando al idealismo. Se nos dice que lo que importa es lo que fun-

^{*} Nota de la traductora: Reproducimos el texto de Platón de La República en la traducción española editada por la Biblioteca Clásica Gredos. «Cada arte aporta un beneficio particular: el del médico, la salud; el del mercenario, el salario. Si el médico gana dinero al curar, no se beneficia con el arte médico, sino con el arte del mercenario que añade al suyo» (Platón. Diálogos IV. La República. Gredos, 338c, p21).

ciona. Muchos colegas no ven nada malo en una atención sanitaria que esté basada en la economía de mercado. Utilizan con gran soltura la terminología de “consumidores” y “proveedores” del mismo modo que mi generación utilizaba la ya anticuada de “pacientes” y “médicos”. Las palabras importan; las palabras conllevan valores. Los consumidores harían bien en desconfiar de los vendedores; los pacientes deberían poder confiar en los médicos. Los proveedores son expertos en el arte de cobrar, los médicos son expertos en el arte de la medicina.



Mujer y hombre leyendo el periódico

Francisco Bares, h.1924-1925

Lápiz sobre papel, 189 x 131 mm
Colección particular, Madrid

La relación entre el paciente y el médico

La salud no es un artículo de consumo de la cadena de producción cuya eficiencia puede ser medida en unidades discretas de “asistencia” costeada por unidad de tiempo. Un cuidado integral de la salud requiere una relación estable entre paciente y médico. Precisamente por el hecho de que la relación interpersonal es una cuestión fundamental en la atención sanitaria, la intrusión de cuestiones financieras amenaza la calidad de la atención resultante.

¿Por qué la relación entre médico y paciente es tan importante en la atención sanitaria? Los pacientes consultan al médico buscando alivio al malestar, la restauración de una función, una explicación de qué es lo que va mal, la confirmación de que tiene remedio y la exposición de las opciones de tratamiento. Para lograr estos objetivos, el paciente debe tener motivos para confiar en que el médico actuará priorizando el bien de su salud. Esta confianza se ve reforzada cuando se percibe un respeto por las preocupaciones personales del paciente en un ambiente de escucha sin prisas. El tiempo es la moneda de cambio en medicina².

La historia que relata el paciente es la clave del diagnóstico. En un estudio de 80 médicos clínicos que atendían por vez primera en el Reino Unido³, los médicos participantes registraron una primera impresión diagnóstica tras la anamnesis, repitieron el diagnóstico tras la exploración clínica y repitieron el proceso de diagnóstico diferencial una vez conocido el resultado de las pruebas de laboratorio. En el 80% de los casos, el diagnóstico surgió de la historia clínica sola y, en un 9%, de la historia más exploración clínica. En menos del 10% de los casos los datos de laboratorio modificaron el diagnóstico en lugar de servir únicamente para confirmarlo. Estos hallazgos se han replicado en un estudio en EE.UU., siguiendo el mismo protocolo⁴.

Para trastornos psicosociales, incluyendo las adicciones, la entrevista es el instrumento diagnóstico. Los trastornos psiquiátricos constituyen entre un 10 y un 30% de los pacientes que acu-

den a la consulta del médico general⁵. Estos pacientes no son tan sólo los “sanos preocupados”. En el estudio de Rand en atención primaria, con 11.000 pacientes, aquéllos que estaban deprimidos presentaban mayor morbilidad en la mayoría de los ítems que los que tenían hipertensión, diabetes, enfermedad coronaria, artritis, enfermedad respiratoria, lumbalgia o trastornos gastrointestinales⁶. Aún así, es bastante común que la psicopatología pase inadvertida. No hay atajos para estimar la calidad del psiquiatra; las demandas de tiempo de la práctica diaria favorecen que el paciente no haga más que entrar y salir. Las historias psicosociales concienzudas se han convertido en accidentes de la contabilidad de costes.

Una vez establecido el diagnóstico correcto, el resultado del tratamiento, sobre todo del tratamiento de pacientes con un trastorno crónico, por ejemplo, diabetes o esquizofrenia, depende de la relación médico-paciente. Los pacientes necesitan cuidado consistente, continuado, a largo plazo, en el que son compañeros de sus médicos en la comprensión de cómo los cambios en el estilo de vida son esenciales, de cómo dirigir su propia salud, y de porqué y cómo actuar cuando se detectan alteraciones en la misma. El médico debe tomarse su tiempo para enterarse de los objetivos del paciente; el paciente debe aprender sobre la fisiopatología de su enfermedad, las opciones terapéuticas y los resultados esperables con cada una. A no ser que la relación entre el médico y el paciente se base en un mutuo respeto, con acuerdo sobre objetivos comunes e intercambio de información, no hay perspectivas de que se pueda controlar la enfermedad.

Kaplan y col.⁷ han resumido los resultados de cuatro ensayos randomizados diseñados para mejorar la comunicación entre médicos y pacientes. Las enfermedades que se estudiaron fueron la enfermedad ulcerosa, la hipertensión, la diabetes y el cáncer de mama. Se utilizaron medidas de la intervención médica y medidas de resultados (estado de salud) para evaluar la intervención. Para cada una de estas enfermedades se observaron mejores resultados cuando el paciente tenía mayor control sobre su propio

cuidado, y durante la entrevista la relación era más afectiva y el intercambio de información más rico. Tal y como Kaplan y sus colaboradores⁸ afirman: “ninguna asistencia, por excelente desde el punto de vista técnico que sea, puede producir resultados óptimos si no existe un compromiso activo con el tratamiento de la enfermedad, sobre todo en enfermedades crónicas”.

En las enfermedades crónicas, preocuparse por el paciente, así como sobre el paciente, puede reducir el sufrimiento y mejorar la morbilidad en comparación con un tratamiento farmacológico idéntico, que no funciona cuando no existe una colaboración entre paciente y médico. Hart y Dieppe⁹ subrayan que:

“La asistencia ha sido el tema central de la práctica médica en todas las culturas a lo largo de la historia... Los intercambios entre la asistencia y la experiencia tecnológica no son racionales, necesarios ni inevitables, dando por hecho que los servicios de salud persiguen fines no comerciales, sino humanos”.

Las estrategias de las compañías aseguradoras con ánimo de lucro

En 1960, los gastos destinados al sistema nacional de salud eran relativamente modestos, 1% del PIB; hacia 1980, habían subido a un 8.9%¹⁰. Guiados por el precepto de Willie Sutton de que el motivo para robar bancos es que ahí es donde está el dinero, los piratas y bucaneros invadieron el mercado de la asistencia sanitaria. Amasaron fortunas sacando dinero de un sistema sin controles de costes y lleno de agujeros legales para invadir el tesoro público. Una regla de contabilidad “permitía” a los programas federales pagar más de medio millón de dólares a cadenas como Columbia HCA y Tenet, cuando se ocuparon de incordiar a los hospitales. Medicare permite “ajustes de depreciación” si se compra un hospital a un precio diferente de su valor registrado. La oficina del Inspector General de los DHHS ha insistido en el Congreso para que se termine con este despilfarro¹¹.

A lo largo de 1995 los beneficios fueron enormes. Al 90% de las agencias gestoras de salud les

fue muy bien¹². En diciembre de 1994 *Wall Street Journal*¹³ describió a las compañías de gestión asistencial como “máquinas de dinero con tanta cantidad en efectivo que no sabían qué hacer con él”. Hicieran lo que hicieran las compañías de inversores no repercutía en la paga. El presidente y C.E.O. de Healthsource, El Dr. Norman Payson, recibió un pago en efectivo de 370.604 dólares más *stock options* de 15.1 millones de dólares en 1994¹⁴. Healthsource se hundió poco después, siendo comprada por Cigna Corporation en 1997; las acciones de Healthsource habían caído a la mitad de su valor máximo. Sin embargo, el doctor Payson se embolsó 90 millones de dólares según se iba por la puerta¹⁵.

No menos impresionante es la actuación del antiguo presidente de la Oxford Health Plans, que recibió una indemnización por despido de 9 millones de dólares más por llevar una compañía que había perdido 291 millones de dólares en 1997¹⁶. ¡No debería sorprendernos que a Wiggins le haya sucedido Payson!

¿De dónde venía el dinero? ¿De una “mayor eficiencia”? Woolhandler y Himmelstein¹⁷ han analizado los costes administrativos a partir de datos de hospitales de Medicare. Hospitales con ánimo de lucro tenían costes administrativos más altos, así como costes generales más altos por alta que hospitales privados sin ánimo de lucro o que hospitales públicos. ¡Tanto por la eficiencia! ¿O es que una parte significativa de los ingresos provenía de una atención no prestada? Consideremos el efecto de las pautas propuestas años antes por una empresa consultora, Milliman y Robertson Inc., sobre lo que los planes de seguro médico deberían y no deberían cubrir¹⁸. Recomendaba que los planes:

“rehusen cubrir la cirugía de cataratas en más de un ojo a no ser que el paciente sea joven y necesite ambos ojos para poder trabajar... para cirugías propuestas que variaban entre ortopedia de cadera... a cirugía cardiovascular; [la empresa] recomendaba no intervenir y que se dieran largas”.

Para casos de pediatría, los consultores recomendaban dos noches de estancia para osteo-

mielitis, tres para endocarditis, seguidas de la administración de antibióticos en el domicilio¹⁹.

¿Debería acreditarse al *managed care*, con un pasado de aumentos anuales e insostenibles en los costes médicos? Sólo en una pequeña parte. Los principales motores de la contención de costes eran: a) el poder de los grandes patronos para forzar primas más bajas; b) la adquisición colectiva de seguros de salud por parte de coaliciones de empresas con descuentos importantes²⁰; c) el excedente de capacidad de camas en hospitales; d) un débil mercado de trabajo de los médicos que dejaba a los “vendedores” a la merced del poder de los “compradores” en el mercado médico; y e) la competencia entre organizadores de distribución¹².

El *managed care* se presentó como la solución para los costes crecientes de Medicare. ¿Lo es? Para lo que sirvió fue para “descafeinarlo”. Las gestoras cargan a Medicaid el 95% de sus costes; eso les hace aparecer como una ganga. La proporción de los beneficiarios de Medicare que se apuntaron a compañías aseguradoras ha subido a más del doble (de un 6.4% a un 13.8%) en los últimos cinco años²¹. Pero las empresas gestoras de salud hacen su negocio eligiendo a los individuos sanos de Medicare; los receptores enfermos se salen una vez que aparece la enfermedad, debido a la restricción de elección de médico y de atención sanitaria. Los datos de la HCFA (*Health Care Financing Administration*) revelan que en 1996 el darse de baja de un plan tuvo que ver con la situación de ganancias de los planes. Nueve de los diez planes con las tasas más bajas provenían de sin ánimo de lucro; 7 de los 10 con las tasas más altas de bajas correspondían a los que sí tenían ánimo de lucro²². Los pacientes de hemiplejía de Medicare tratados en aseguradoras era menos probable que fueran dados de alta con derivación a un hospital de rehabilitación o que regresaran a casa que otros pacientes, con características clínicas similares, en ambientes de pago-por-servicio²³. ¿Por qué resulta esto tan amenazante? Los pacientes hemipléjicos tratados en hospitales de rehabilitación tienen tres veces mayor probabilidad de retornar a la comunidad que los que se derivan a clínicas de reposo²⁴. En la medida que suben los

costes de los enfermos ancianos que no se suscriben, el *managed care* se ha estado beneficiando en gran medida de retener ancianos sanos. Morgan y col.²⁵ han descrito la “puerta giratoria de las agencias aseguradoras –los sanos entran y los enfermos salen”.

Ya que el Congreso intenta limitar esta selección mediante el ajuste de riesgos, los beneficios están mermando y las compañías aseguradoras de Medicare adornan los beneficios de los ancianos gravando mensualmente las primas y no aceptando gastos por fármacos, gafas y cuidado dental²⁶. Las gestoras de salud están empezando a no considerar rentables los contratos de Medicare, incluso antes de que se introduzca el ajuste de riesgos; cerca de cien planes han terminado sus contratos y han hecho que más de 400.000 beneficiarios de Medicare peleen para encontrar médicos²⁷.

La *Surgeon General* de los Estados Unidos debería ser instada a estampar cada póliza de *managed care* propiedad de un inversor con la advertencia: “la asistencia con ánimo de lucro es perjudicial para su salud”. Si tal declaración parece una exageración, les recuerdo que la Columbia/HCA, la mayor cadena de hospitales con ánimo de lucro, tuvo que despedir a su gerente en respuesta a una investigación judicial federal de sus prácticas^{28,29}. Un acta notarial del FBI expone que la Columbia/HCA defraudó a Medicare decenas de millones de dólares a través de sus operaciones de asistencia domiciliaria³⁰. La corporación mantenía dos libros, uno para su propia contabilidad y un segundo para justificar los recargos de precios al gobierno. Presionó a sus médicos para que invirtieran en sus hospitales, de modo que pudieran tener un interés financiero en derivar pacientes; ofrecía bonos en efectivo a sus ejecutivos si cumplían objetivos financieros^{31,32}.

El fiasco más reciente es la saga en expansión de la mala práctica que bordea la corrupción de los Sistemas de Salud Allegheny (SSA) y de su escuela cautiva de medicina, llamada de forma grandiosa “Universidad de Allegheny de Ciencias de la Salud”, formada por la compra y fusión de la Escuela Médica de Pensilvania y la

Escuela Universitaria de Medicina de Hahnemann. El Philadelphia Inquirer escribió que los tres directores principales de Allegheny recibieron un millón de dólares o más en concepto de salario anual y que 19 de los 100 ejecutivos de la salud mejor pagados en el área de Filadelfia trabajaban para el sistema. ¡Y teniendo en cuenta que SSA constaba nominalmente como no lucrativo! ¿Dónde estaban los fideicomisarios que se suponía representaban los intereses públicos mientras los ejecutivos que continuaban comprando hospitales nuevos se enriquecían con elevadísimos sueldos? ¿Quién se ocupaba del negocio? La mentira debería darnos qué pensar sobre el hecho de que nuestras propias instituciones acaparen hospitales y clientela, añadan burocracia y usurpen prerrogativas. Pregunto de nuevo: ¿quién está vigilando el negocio?

Las fusiones de empresas ganan terreno. En varios negocios de billones de dólares, Aetna ha alcanzado el primer puesto entre las aseguradoras de salud de los EE.UU. Mediante la compra de Prudential además de New York Life, Aetna tendrá ahora casi el 60% de los miembros de *managed care* en Houston, la mitad de Dallas y un tercio de los “mercados” de Atlanta, Filadelfia y Nueva York. Estará en posición de dictar condiciones a proveedores y pacientes. El campo de juego nacional se está centrando en tan sólo seis grandes proveedores³³.

Impacto sobre organizaciones sin ánimo de lucro

Cuando las decisiones clínicas se ven supeditadas a la economía de mercado, los intereses de los accionistas reemplazan a los intereses de los pacientes. El mercado mide los costes en dólares; se contenta con medidas de calidad meramente cosméticas, siempre y cuando aumenten las ventas. No tiene mayor interés en la prevención a largo plazo porque deja poco espacio para el “largo plazo”; en el plazo de cinco años es probable que el asegurado se haya cambiado a otra compañía; además, las reglas del juego pueden haber cambiado para entonces. Los beneficios de este año son lo que determinan los bonos de CEO.

Las organizaciones gestoras asistenciales sin ánimo de lucro aún existen, pero no sobrevivirán en un mercado competitivo sin verse forzadas a abandonar sus rasgos distintivos. La ley de Gresham afirma que el “dinero malo” conduce a algo bueno; el corolario de salud de Eisenberg manifiesta que el *managed care* con ánimo de lucro conduce a la asistencia, docencia e investigación. Kaires Permanente, la compañía aseguradora más grande del país (con 9 millones de miembros) y una de las mejores, ha registrado una gran pérdida financiera por segundo año consecutivo, sin precedentes en 55 años de existencia^{34,33}.

Los hospitales que atienden a los pobres están esforzándose para retener pacientes en una era en la que los cambios en la asistencia sanitaria ayudan a los centros privados a llevarse con un sueldo a los receptores de Medicare. Según los pacientes de Medicaid se introducen con sueldo en empresas gestoras de servicios sanitarios que ahora cubren sus tarifas, los hospitales públicos “quedan con pocos pacientes, con aquéllos que no quiere nadie: los pacientes sin asegurar, los enfermos de SIDA, adictos a drogas e inmigrantes ilegales... (Los no asegurados) se van marginando cada vez más según cambia el sistema³⁵”.

Simplemente no existe manera alguna a largo plazo de que un centro de ciencias de la salud pueda mantener la excelencia en el cuidado clínico, atender a pacientes insolventes, dar docencia a estudiantes y residentes, avanzar en la ciencia de la medicina y competir en los precios con hospitales que no dan docencia ni investigan y que ofrecen una asistencia de calidad mínima, siempre a cambio de algún beneficio³⁶.

Un análisis de las subvenciones externas revela una relación inversa entre la incursión de las organizaciones de *managed care* en el “mercado médico” y la probabilidad de que las escuelas médicas situadas en dichas “áreas de mercado” compitieran con éxito por los premios NIH³⁷. Los investigadores en potencia de dichas escuelas tienen menos “tiempo protegido” porque están obligados a una mayor carga y responsabilidad asistenciales³⁸. Los costes en los centros

académicos de medicina son aproximadamente un 44% más altos que los que no tienen docencia, debido precisamente a la propia docencia³⁹. Sin subsidios importantes de fondos que cubran todo, los centros médicos académicos ni siquiera iniciarán una competición en el mercado médico.

¿Por qué debería preocuparse el público? Dos estudios recientes ayudan a contestar a esta pregunta. Chen y colaboradores⁴⁰ compararon los resultados de 150.000 hospitalizados de Medicare con infarto agudo de miocardio tratado en los 60 hospitales punteros de los EE.UU. (59 de los cuales son docentes) con los resultados de pacientes en todos los demás hospitales; la mortalidad a 30 días era significativamente menor; la ventaja en supervivencia parecía ser atribuible a un mayor uso de beta-bloqueantes y aspirina, una menor intervención técnica y más intervenciones que requieran estar al día de la literatura científica. El equipo Duke⁴¹ vio los resultados y costes de 2.700 pacientes de Medicare con fractura de cadera, insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad coronaria o hemiplejía tratada en hospitales docentes. ¡Los costes eran mayores, pero la mortalidad era menor! ¿Qué es lo que prefiere el público?

Los “viejos buenos tiempos” no eran buenos para los pacientes

Esta no es una excusa nostálgica para la resurrección de medicina de pago por acto médico. Los “viejos buenos tiempos” no eran en absoluto buenos tiempos para demasiados pacientes. Tan solo entre los países industrializados⁴², los EE.UU. han tolerado y continúan tolerando un gran número de pacientes que no tienen seguro de enfermedad (en la actualidad se estiman en 45 millones) o que están infraasegurados (29 millones). Once millones de los no asegurados son niños⁴³. Estos niños tienen la mitad de probabilidad de tener un médico habitual y la cuarta parte de probabilidades de tener unas atenciones adecuadas que los niños con seguro⁴⁴. Según las contundentes palabras de Uwe Reinhardt⁴⁵: “*los EE.UU. ... aprueban abiertamente la práctica de racionamiento de la asistencia sanitaria para millones de niños americanos...por la capacidad y*

el deseo de los padres de obtener una atención de caridad, en su papel de mendigos de cuidados sanitarios”.

Los pacientes pertenecientes a minorías se han visto en doble desventaja, antes y después del *managed care*. No sólo son los que tienen mayores probabilidades de no estar asegurados, sino que reciben menos cuidados incluso cuando no existen barreras financieras, como los pacientes de Medicare. Las minorías están en desventaja tanto si se trata del acceso a terapia de HIV⁴⁶; tratamiento para dolor precordial agudo⁴⁷; acceso a eritropoyetina recombinante durante la diálisis⁴⁸; tratamiento para cáncer de mama⁴⁹; tratamientos de revascularización coronaria⁵⁰; y analgesia en las urgencias⁵¹.

Se pasó del sistema de pago por acto médico a utilizar demasiado y con demasiada frecuencia el sistema de reembolso que, de forma sistemática y desproporcionada, infravaloraba los procedimientos de primas y recompensas. El coste de la asistencia subió a cifras insostenibles. Había estado justo por debajo del 6% de los PIB en 1965; en 1997 el presupuesto de la asistencia sanitaria había subido al 14% de los PIB¹². El cohete fue alimentado con el reembolso de pago-por-servicio a médicos y reembolso de costes en hospitales. Ni académicos ni clínicos se quejaron hasta que el sistema de salud estuvo tan inundado de dinero que los *entrepreneurs*, buscando vías fáciles de enriquecerse, se encontraron con este nuevo filón. Ahora los directivos reinan hegemónicos; los médicos se han transformado en trabajadores en fábricas de “cuidados”. Más de la mitad de las compañías aseguradoras revisadas por Gold y colaboradores⁵² dijeron haber utilizado medidas de costes para “ajustar” los ingresos de los médicos. El artículo de McKinley y Stoeckle⁵³ titulado “La proletarianización del médico americano” ha resultado ser profético.

Una nueva forma de reparto de honorarios

A principios de este siglo, la medicina de pago por acto médico se caracterizaba por un reparto de honorarios con los derivantes. Hace noventa y tres años, el cirujano William J. Mayo⁵⁴ conde-

naba esta práctica en su conferencia como presidente de la American Medical Association:

“El mal...consiste en dar comisiones –en otras palabras, la venta de la confianza que el paciente tiene en su médico– a otro especialista que repartirá sus honorarios con el derivante del caso... El hecho de que esto se haga en secreto muestra que ambas partes se avergüenzan de que esto se sepa...”.

¿Qué lenguaje utilizaremos para el trato recíproco: venta secreta de la confianza del paciente en que no será derivado; es decir, con contratos que recompensen al médico por menor número de derivaciones, menor número de pruebas diagnósticas y menor número de estancias hospitalarias, poniendo al médico en riesgo financiero si los costes exceden de un máximo previamente especificado? Con un previo acuerdo, poco puede convertirse en mucho para el paciente cuando los especialistas no consultados, y la evitación de pruebas invasivas y la hospitalización, podrían haber puesto al paciente en riesgo de una peor evolución. Pero el principio por el que se rige la atención médica racional debería basarse en resultados de salud. El cuidado de la salud es un bien público, y la “mano invisible” del mercado simplemente no puede suministrarlo de una manera equitativa a todos los ciudadanos que lo necesiten. La asistencia que se rige por principios de mercado obliga a los médicos a escoger entre los intereses de sus pacientes y su propia supervivencia económica.

Las decisiones clínicas que toman los médicos no deberían tener nada que ver con los ingresos económicos; el compromiso del médico debería ser con el paciente, y no con el accionista, no con la profesión, no con el gobierno. Se nos está apremiando para que lideremos la restricción de costes incluso cuando esto signifique negar una asistencia que podría ser beneficiosa para el paciente⁵⁵. El respeto a la autonomía del paciente, uno de los principios básicos de la ética médica, exige sinceridad para con el paciente de modo que éste pueda tomar decisiones sobre su salud. Esto es incompatible con la negación de información en pro de una decisión que favorezca las ganancias económicas. La asistencia que se rige por principios de mercado obliga a

los médicos a escoger entre los intereses de sus pacientes y su propia supervivencia económica⁵⁶. ¿Confiarán los pacientes en los médicos si los médicos están en riesgo debido a los costes de la asistencia que prescriben?

La erosión de la confianza no es una cuestión anecdótica. Kao y cols.⁵⁷ demostraron la relación entre la confianza de los pacientes en sus médicos y la creencia de los pacientes sobre los métodos de pago de esos médicos. Los pacientes con el sistema de pago por acto médico confiaban en que sus médicos pondrían su "salud y bienestar" por delante de cualquier cuestión económica con más frecuencia que los pacientes inscritos en planes de *managed care*. La confianza es frágil; una vez perdida no es fácil de restituir. La medicina con ánimo de lucro es el problema, no la solución.

El reto del cambio

La jactancia de las empresas gestoras de servicios sanitarios como moderadores del incremento de costes en la atención a la salud ha sido un fiasco. Los gastos alcanzaron un billón de dólares en 1997. De nuevo está creciendo a mayor velocidad que el resto de la economía y la HCFA proyecta alcanzar los 2.1 billones, o el 16.6% del PIB hacia el año 2002⁵⁸. Al mismo tiempo, la cobertura de las aseguradoras se está erosionando; la proporción de americanos sin seguro creció del 14.2% en 1995, al 15.3% en 1996 y al 16.1% en 1997; el número de los que están infraasegurados crece a una velocidad aún mayor⁵⁹.

Otro augurio de cambio es la rebelión creciente de los pacientes frente al deterioro de su asistencia. Comenzó con la furia generada por la restricción de la hospitalización postparto a 24 horas para parto vaginal y de 48 horas para cesárea y por las propuestas de mastectomías ambulatorias para el cáncer de mama. Estamos de acuerdo en que es un mal remedio el construir la legislación sobre la base de detallar cada procedimiento para corregir los excesos del *managed care*, pero la buena noticia es que el público rechaza que se exprese la relación médico-paciente. Una comisión presidencial recomendó

un Boletín de Derechos para salvaguardar los intereses del paciente, solicitando planes de salud privados que proporcionen el acceso a especialistas y a servicios de urgencias, que protejan la confidencialidad de las historias de los pacientes, y que garanticen unos derechos atractivos que compensen los beneficios que sean negados. Las compañías aseguradoras gastaron en la primera mitad de 1998 una media de 112.000 dólares por legislador al congreso para luchar contra un boletín de derechos de los pacientes⁶⁰.

Quiero aclarar mi postura. El problema no es la práctica en grupo; la práctica en grupo es parte de la solución. La asistencia organizada y gestionada es esencial para una asistencia de calidad; pero el riesgo financiero debe repartirse entre todos los miembros de la comunidad. Esto sólo puede hacerse de modo equitativo cuando los costes de la asistencia sanitaria se financian mediante los impuestos. La cobertura debe ser universal y no ligada al empleo. El sistema debe evaluarse mediante resultados de salud, y no mediante el beneficio que obtengan los inversores. Si hay que racionar la asistencia, las decisiones en este sentido deberán ser abiertas y democráticas. El presente sistema proporciona unos originales incentivos para evitar preocuparse por la gente enferma²⁷.

Es hora de que la medicina resucite su papel legítimo de acción social. La primera edición de la revista *Die Medizinische Reform*, fundada por el gran Rudolf Virchow en julio de 1848, anunciaba que su objetivo era reformar la medicina "no tanto para beneficio de los médicos como para el de los pacientes". "Los médicos", añadía, "son seguramente los abogados naturales de los pobres y los problemas sociales caen en gran parte dentro de su campo⁶¹".

Los médicos académicos tienen una responsabilidad moral para dar testimonio a nuestros pacientes, nuestros estudiantes y nuestros colegas, de que se está traicionando la salud de la población. Es inmoral mantener silencio frente a la injusticia. Nuestro país necesita un esquema de salud universal que asegure el acceso a la asistencia, la continuidad de dicha asistencia, y

una asistencia de buena calidad para todos sus ciudadanos. Deberíamos insistir en que los estudiantes de medicina se implicaran desde el primer día en la estimación de la moralidad del sistema de asistencia sanitaria. ¡Deben contar lo que ven!

Algunos mantendrán que pedir a los estudiantes que “asomen la cabeza” cuando son aún tan vulnerables es pedir un valor que sólo se puede permitir un médico con plaza fija. Cincuenta años de observación clínica en tres centros médicos universitarios (Pensilvania, Hopkins y Harvard) me han convencido de que aquellos que esperan a la estabilidad de un empleo fijo para hablar nunca hablan. El valor se atrofia si no se utiliza.

El estudiante de primer año que duda en poner en tela de juicio el abuso de la dignidad del paciente por un facultativo u otro compañero estudiante, se convierte en el estudiante de tercer año que ya no es capaz de ver la misma conducta como degradante, y posteriormente en el clínico que trata a los pacientes de la misma manera. Posponer lo que hay que decir para estar a salvo es la manera de asegurarse la plaza de Profesor Emérito, sin haber luchado por nada más que por una plaza de aparcamiento y por vanidades personales. Si eso es lo que los estudiantes ven en sus mentores, eso es lo que harán.

Comencé con “La república”. Finalizaré con “Las leyes”. Platón contrasta dos categorías de médicos, médicos esclavos y médicos libres:

“Los esclavos... casi siempre son tratados por otros esclavos que o bien van corriendo por la prisa de otras consultas o bien esperan a ser visitados en su consulta. Este tipo de médico nunca da ninguna información sobre la enfermedad particular del individuo esclavo, o está dispuesto a escucharla; se limita a prescribir lo que cree mejor a la luz de su experiencia, como si tuviera un conocimiento preciso, y con la autoconfianza de un dictador. Entonces sale disparado hacia el siguiente paciente-esclavo, y de este modo libera a su amo de parte del trabajo de atender a los enfermos. Las visitas del médico libre, por el contrario, están en relación sobre todo con el tratamiento de las enfermedades de los hombres libres; su método consiste en construir una

historia empírica preguntando al paciente y a sus amigos; de este modo aprende algo del enfermo y al mismo tiempo da a cada paciente individual todas las instrucciones que puede. No hace ningún tipo de prescripción hasta que no se ha ganado el consentimiento del paciente de alguna manera; entonces, seduciéndolo para lograr su colaboración, intenta completar la restauración de su salud. ¿Cuál de los dos métodos creen que convierte a un médico en un mejor sanador, o a un entrenador en más eficiente?...”.

¿Cuál de los dos métodos será? No podemos permitirnos el lujo de ser espectadores pasivos. Una acción política emprendida por pacientes y médicos conjuntamente puede determinar que los médicos sean forzados a prescribir sin escuchar y que pasen corriendo hacia el próximo paciente, o que aprendan del enfermo, obtengan su consentimiento, ofrezcan instrucciones e intenten devolver la salud a aquellos que estén enfermos.

Bibliografía

1. Friedman M. *Capitalism and Freedom*. Chicago: University of Chicago Press; 1982. p133.
2. Eisenberg L. Time is the currency of pediatric care. *Pediatrics* 1998; 102:278-279.
3. Hampton JR, Harrison MJG, Mitchell JRA, et al. Relative contributions of history taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *Brit Med J* 1975; I: 486-489.
4. Peterson MC, Holbrook JH, Hales DV, Smith NL, Staker LV. Contributions of the history of physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnosis. *Western J Med* 1992; 156: 163-165.
5. Eisenberg L. Treating depression and anxiety in primary care: closing the gap between knowledge and practice. *N Engl J Med* 1992; 326: 1080-1084.
6. Wells KB, Stewart A, Hays RD, et al. The functioning and well-being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study. *J Am Med Assoc* 1989; 262: 914-919.
7. Kaplan SH, Greenfield S and Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989; 27: S110-S127.
8. Kaplan SH, Greenfield S, Gandek B, Rogers WH, Ware JE. Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. *Ann Int Med* 1996; 124: 497-504.
9. Hart JT, Dieppe P. Caring effects. *Lancet* 1996; 347: 1606-1608.

10. Iglehart JK. The American health care system: expenditures. *N Engl J Med* 1999; 340: 70-76.
11. Anders G. Medicare has role in hospital takeovers. *Wall Street Journal* 1997; June 28: B8.
12. Ginzberg E, Ostow M. Managed care—a look back and a look ahead. *N Engl J Med* 1997; 336: 1018-1020.
13. Anders G. Money machines: HMOs pile up billions in cash, try to decide what to do with it. *Wall Street Journal* 1994 December 21: 1.
14. Freudenheim M. Penny-pinching H.M.O.'s showed their generosity in executive paychecks. *New York Times* 1995 April 11: D-1.
15. Abelson R. Doctor said to be top candidate for Oxford's health chief. *New York Times* 1998; 7 February: B-1.
16. Rosen JM. Oxford health: big bucks for leaving. *New York Times* 1998; 5 April: 3-2.
17. Woolhandler S, Himmelstein DU. Costs of care and administration at for-profit and other hospitals in the United States. *N Engl J Med* 1997; 336: 769-774.
18. Myerson AR. Helping health insurers say no. *New York Times* 1995; March 20: D-1.
19. Anders G., McGinley L. Actuarial firm helps decide just how long you spend in hospital. *Wall Street Journal* 1998; 15 June: A-1.
20. Bodenheimer T, Sullivan K. How large employers are shaping the health care market place. *N Engl J Med* 1998; 338: 1003-1007.
21. Goldman EL. Medicare managed care enrollment on the rise. *Internal Medicine News* 1997; 30(1):8.
22. Comparing Medical HMOs: Do they keep their members? Washington, DC: Families USA, 1997.
23. Retchin SM, Brown RS, Yeh SJ, Chu D, Mareno L. Outcomes of stroke patients under the Medicare fee for service and managed care. *J Am Med Assoc* 1997; 278: 119-124.
24. Kramer AM, Steiner JF, Schlenker RE et al. Outcomes and costs after hip fracture and stroke: a comparison of rehabilitation settings. *J Am Med Assoc* 1997; 277: 396-404
25. Morgan RO, Virnig BA, DeVito CA, Persily NA. The Medicare-HMO revolving door—the healthy go in and the sick go out. *N Engl Journal of Medicine* 1997; 337: 169-175.
26. Freudenheim M. Medicare HMOs to trim benefits for the elderly. *New York Times* 1997; 22 December: A-1.
27. Kassirer JP, Angell M. Risk adjustment or risk avoidance? *N Eng J Med* 1998; 339: 1925-1926.
28. Eichenwald K. Hospital giant, under attack, sets shake up. *New York Times* 1997; 7 August: A-1.
29. Sharpe A. Columbia/HCA confirms departure of another two executives, more expected. *Wall Street Journal* 1997; 15 August: B-5
30. Eichenwald K. A make-over may change more than Columbia. *New York Times* 1997; 8 August: C1.
31. Eichenwald K. Hospital chain cheated U.S. on expenses, documents show. *New York Times* 1997; 18 December: A-1.
32. Rodriguez EM. FBI affidavit details fraud allegations at Columbia/HCA=s home health unit. *Wall Street Journal* 1998; 11 February: A3.
33. Freudenheim M. Concern rising about mergers in health plans. *New York Times* 1999; January 13: A-1.
34. Rundle RL. Kaiser Permanente reports a net loss of \$102 million. *Wall Street Journal* 1998.
35. Lewin T. Hospitals serving poor struggle to retain patients. *New York Times* 3 1997; September: A-1.
36. Iezzoni LI. Major teaching hospitals defying Darwin. *J Am Med Assoc* 1997; 278: 520.
37. Moy E, Mazzaschi AJ, Levin RJ, Blake DA, Griner PE. Relationship between National Institutes of Health research awards to U.S. medical schools and managed care market penetration. *J Am Med Assoc* 1997; 278: 217-221.
38. Campbell EG, Weissman JS, Blumenthal D. Relationship between market competition and the activities and attitudes of medical school faculty. *J Am Med Assoc* 1997; 278: 222-226.
39. Mechanic R, Coleman K, Bobson A. Teaching Hospital Costs. *J Am Med Assoc* 1998; 280: 1015-1019.
40. Chen J, Radfor MJ, Wang Y, Marciniak TA, Krumholz HM. Do "America's Best Hospitals" perform better for acute myocardial infarction? *N Engl J Med* 1999; 340: 286-92.
41. Taylor DH Jr, Whellan DJ, Sloan FA. Effects of admission to a teaching hospital on the cost and quality of care for Medicare beneficiaries. *N Engl J Med* 1999; 340: 293-9.
42. Rice D. The cost of instant access to health care. *J Am Med Assoc* 1998; 279: 1030.
43. Budetti PP. Health insurance for children—A model for incremental reform? *N Engl J Med* 1998; 338: 541-542
44. Newacheck PW, Stoddard JJ, Hughes DC, Pearl M. Health insurance and access to primary care for children. *N Engl J Med* 1998; 338: 513-518.
45. Reinhardt U. Wanted: a clearly articulated social ethic for American health care. *J Am Med Assoc* 1997; 278: 1446-1447.
46. Moore RD, Stanton D, Goplan R, Chaisson RE. Racial differences in the use of drug therapy for HIV disease in an urban community. *N Engl J Med* 1994; 330: 763-768.
47. Johnson PA, Lee TH, Cook EF, Rounan GW, Goldman L. Effect of race on the presentation and management of patients with acute chest pain. *Annals of Internal Medicine* 1993; 118: 593-601.
48. Powe NR, Griffiths RI, de Lissovoy G., et al. Access to recombinant erythropoietin by Medicare-entitled dialysis patients in the first year after FDA approval. *J Am Med Assoc* 1992; 268: 1434-1440.
49. Diehr P, Yergan J, Chu J, et al. Treatment modality and quality differences for black and white breast cancer patients treated in community hospitals. *Med Care* 1989; 27: 942-958.
50. Peterson ED, Shaw LK, DeLong ER, Pryor DB, Calliff RM, Mark DB. Racial variation in the use of co-

- ronary-revascularization procedures - are the differences real? Do they matter? *N Engl J Med* 1997; 336: 480-486.
51. Todd KH, Samaroo N, Hoffman JR. Ethnicity as a risk factor for inadequate emergency department analgesia. *J Am Med Assoc* 1993; 269: 1537-1539.
 52. Gold MR, Hurley R, Lake T, Ensor T, Berenson R. A national survey of the arrangements managed care plans make with physicians. *N Engl J Med* 1995; 333: 1678-1687.
 53. McKinley J, Stoeckle J. Towards the proletarianization of physicians. *Int J Health Serv* 1985; 15: 161-195.
 54. Mayo WJ. The medical profession and the issues which confront it. *J Am Med Assoc* 1996; 46: 1737-1740.
 55. Levinsky NG. Truth or consequences. *N Engl J Med* 1998; 338: 913-915.
 56. Kassirer JP. Managed care and the morality of the market place. *N Engl J Med* 1995; 333: 50-52.
 57. Kao CK, Green DC, Zaslavsky AM, Koplan JP, Cleary PD. The relation between method of physician payment and patient trust. *J Am Med Assoc* 1998; 280: 1708-1714.
 58. Smith S, Freeland M, Heffler S, Kusick D. The next ten years of health spending: what does the future hold? *Health Aff (Millwood)* 1998; 17: 128-140.
 59. Kuttner R. The American health care system: health insurance coverage. *N Engl J Med* 1999; 340: 163-8.
 60. Salant JD. Lobbyists received \$60m to fight HMO legislation. *Boston Globe* 1998; 28 November: A-3.
 61. Virchow R. [1848] (1985) The aims of the journal "Medical Reform" in Virchow, R: *Collected Essays on Public Health and Epidemiology*, Vol. 1. L.J. Rather (ed). Canton, MA., Watson Publishing International, 1985:4.

Correspondencia

Leon Eisenberg
641 Huntington Avenue, 2nd floor
Boston, Massachusetts 02115-6019