



La revolución cultural en la asistencia sanitaria

The Cultural Revolution in Health Care

■ Ronald W. Dworkin

Resumen

El sistema de asistencia sanitaria está cambiando en EE.UU. hacia un modelo aún no definido. Además de los aspectos económicos fundamentales, han de ser resueltas cuestiones culturales, sociológicas e, incluso, espirituales, que son igualmente básicas. Los médicos se encuentran desconcertados, y la propia medicina como profesión está en decadencia, quizá porque se ha visto despojada de sus cualidades trascendentes (su mística, sentido del deber y su código de honor), para convertirse en una empresa de tipo económico. Asimismo, la enfermera también ha perdido su mística, y para muchos profesionales de la salud el servicio que proporcionan no es más que un trabajo material. La propia misión de los hospitales no está clara, y la salud se ha convertido en un producto más en la economía del consumidor. A su vez, el papel de las aseguradoras se ha tornado confuso, y los pacientes se han convertido en consumidores cada vez más perplejos.

Palabras claves

Consumidores. Autonomía profesional. Mística médica. Medicina gestionada.

Abstract

The public health care system in the USA is changing towards a model that has not been defined as yet. In addition to the fundamental economical features, cultural, sociological and even spiritual questions, that are equally basic, must be solved. Physicians are disconcerted and medicine itself as a profession is in decadence, perhaps because it has been stripped of its transcendent qualities (its mysticism, feeling of duty and its code of honor), to become an economic type business. Furthermore, the nursing has also lost its mysticism, and for many health care professionals, the service they provide is no more than material work. The typical mission of the hospitals is not clear and health has become one more product in the economy of the consumer. In turn, the role of the insurers has become confusing, and the patients have been becoming ever more perplexed consumers.

Este artículo se publicó originalmente en: Ronald W. Dworkin. *The Cultural Revolution in Health Care*. *The Public Interest*, Spring (n. 139), 2000.

El autor es Médico Anestesiista y también es Doctor en Filosofía Política (Johns Hopkins University). Trabaja como Anestesiista (a tiempo parcial) en Baltimore (Maryland) y como "Senior Fellow" en el Hudson Institute, Washington D.C., donde escribe artículos y ensayos.

Traducido por Assumpta Mauri Mas.

Key Words

Consumers. Professional autonomy. Medical mysticism. Managed care.

■ Toda industria llega a un punto en el que los principios que han regido su actividad y funcionamiento durante mucho tiempo dejan de tener validez. Se produce un cambio en la forma de pensar de las personas que proporcionan el servicio y, aunque siguen atendiendo puntualmente su trabajo, tienen cada vez más dudas y se sienten más frustradas por la forma en que marchan las cosas. Realizan su trabajo con menos convencimiento, van siendo presas del mal humor y el ambiente laboral se hace muy incómodo. Del mismo modo, los consumidores se ponen cada vez más nerviosos y se sienten más insatisfechos. Se quejan a los amigos de su círculo inmediato, y la única cosa que les impide actuar de acuerdo con la insatisfacción que sienten es que no saben a quién echarle la culpa de lo que ocurre. Aunque la industria en cuestión no detiene su producción, una sensación de confusión y de abatimiento general llega a impregnar toda actividad asociada a la misma.

En Estados Unidos de América (EE.UU.), el sistema de asistencia sanitaria ha llegado a este punto. No se tambalea pero está evolucionando dificultosamente hacia otra nueva forma. Justamente en este momento, está teniendo lugar una contienda silenciosa entre los médicos, los profesionales sanitarios, los hospitales y las aseguradoras, que se culpan mutuamente de sus dificultades. Los consumidores ya no saben quién es el último responsable de prestarles asistencia médica, no están seguros de a qué tienen derecho y qué representa privarles de sus derechos como pacientes. Las definiciones de ciertas prestaciones sanitarias, como las relativas a la salud mental, son actualmente tan imprecisas que ni los profesionales ni el gran público saben qué es lo que abarcan, lo que dificulta a los economistas y a los que toman las decisiones en política sanitaria la tarea de repartir dichas prestaciones.

En realidad, existe cierta ceguera al mirar el mundo de la asistencia sanitaria a través de los modelos económicos. Tales modelos están diseñados para organizar y distribuir un producto en un mundo racional. No están pensados para actuar como sismógrafos que capten los temblores originados por la aparición de un nuevo orden cultural. En la generación anterior a la nuestra existía un consenso en las respuestas a cuestiones como qué es lo que significa ser un médico, qué es lo que significa ser una aseguradora y qué es lo que significa ser un paciente, pero esto ya no es así. El experto en política sanitaria, cuyo único objetivo hace una generación era enfrentarse a los problemas de la eficiencia, las economías de escala y la distribución, actualmente carece del bagaje adecuado para encarar la revolución de la asistencia sanitaria que está teniendo lugar. Los modelos económicos son útiles cuando todo está previamente acordado en una industria y lo único que cambia continuamente es la cantidad y la distribución de los recursos. Pero hoy, en la asistencia sanitaria, además del dinero, hay muchas más cosas en cambio continuo. Deben resolverse muchas cuestiones absolutamente básicas —culturales, sociológicas e incluso espirituales— antes de que los economistas puedan volver a dedicarse a organizar y repartir servicios.

Un sistema estable de asistencia sanitaria es como un panal gigante. En su interior, unas paredes sólidas proporcionan protección a cada sector de la industria, permitiendo que todos vivamos juntos orde-

nadamente y en paz. Así es como ha estado estructurada la asistencia sanitaria en EE.UU. durante más de una generación. Los médicos tenían su parcela, las enfermeras la suya, las aseguradoras la suya, las residencias de ancianos la suya, etcétera. Todos los que trabajaban en la asistencia sanitaria sabían cuál era su puesto, más allá de una simple división del trabajo. Existía una sensación intangible de respeto mutuo que proporcionaba a cada grupo la sensación de seguridad e identidad.

Una causa fundamental de frustración y de resentimiento en el sistema de asistencia sanitaria en EE.UU. es el hecho de que las paredes del panal están comenzando a desmoronarse. He observado más de cerca este fenómeno en el estado de Maryland (EE.UU.), que es donde practico la medicina. Tanto las enfermeras como otros profesionales sanitarios están tratando de ampliar su radio de acción a áreas tradicionalmente reservadas a los médicos. Estos, a su vez, están invadiendo el terreno de los hospitales al dirigir centros quirúrgicos. Los hospitales están tratando de asumir riesgos, convirtiéndose en algo parecido a las aseguradoras, y éstas están tratando de tomar decisiones relativas a la práctica médica, que hasta ahora eran prerrogativa fundamental de médicos y enfermeras. Cada grupo cree que ha de cambiar para poder sobrevivir. Los antiguos roles han dejado de ser sagrados, mientras que los nuevos todavía están por concretar.

Los médicos

Los médicos son los que se encuentran más desconcertados y el cambio que está experimentando su papel significa nada menos que la decadencia de la medicina como *profesión*. En el sentido tradicional del término, la medicina era una profesión debido a las virtudes que se asociaban a la práctica de la misma; se trataba de algo más que de ganar dinero. Al igual que la milicia y el clero, tenía un propósito más elevado, el cual exigía en su ejercicio ciertas normas éticas de conducta a las cuales había que adherirse rígidamente, en parte debido a que la profesión reforzaba estas normas, pero también porque los médicos creían realmente en ellas. Por ejemplo, hace un siglo, los médicos podían haberse anunciado con el fin de mejorar sus ingresos, pero la mayoría rechazaba hacer eso porque lo consideraban poco honorable. La profesión médica mantenía ciertos patrones acerca de lo que era correcto y lo que era incorrecto, y la remuneración económica tan solo era un asunto de interés secundario.

Lo que hizo de la medicina una profesión en el sentido moderno del término fue la autonomía de la que disfrutaban los médicos en su trabajo diario. Los médicos no eran "miembros de una organización"; no tenían que dar palmadas en la espalda, contar chistes o dar apretones de mano, ni tampoco tenían que llevarse bien con el jefe o ser políticos astutos. Su capacidad de curar era suficiente como para atraer pacientes y tener un buen nivel de vida. Su trabajo consistía fundamentalmente en supervisarse a sí mismos, y no tenían que dar cuentas a nadie, excepto a sus pacientes.

Sin embargo, los médicos ya no tienen la sensación de que su profesión constituye una hermandad dedicada a un fin elevado. Para muchos médicos, la actividad que realizan es como cualquier otro trabajo, idea que se refuerza cuando los directivos de las aseguradoras, así como los políticos y los que toman

las decisiones en política sanitaria, se refieren a ellos como "proveedores", agrupándolos con las enfermeras, las secretarías, el personal de mantenimiento e incluso con los voluntarios que regentan la tienda de regalos del hospital. Los médicos ahora se consideran a sí mismos como meros engranajes de la maquinaria, como otro grupo de "abejas obreras" en el enjambre de la industria. Ciertamente, su profesión entraña la compasión, pero ello no les diferencia de otros "profesionales de la asistencia" como los terapeutas, los consejeros y los asistentes sociales. Una vez más, no existe ninguna característica distintiva inherente al médico. Simplemente, se trata de proporcionar un servicio a personas que lo precisan, algo que puede reivindicar mucha gente. Como resultado, la cuestión de la retribución cobra mucha importancia. Un médico mayor me dijo en una ocasión: "En los viejos tiempos no ganábamos mucho, pero la situación era mejor". Los médicos no se veían recompensados con los mejores sueldos, sino por satisfacciones más intangibles. Ocupaban una elevada posición en la sociedad, eran respetados y admirados, constituían pilares de la comunidad y eran considerados por los pacientes y por los administradores. Su satisfacción y su felicidad no se debían a lo que facturaban por hora, sino más bien a la gratitud de sus pacientes.

Sin embargo, hoy en día la satisfacción de los médicos depende cada vez más de lo material, lo cual ejerce presión sobre el presupuesto sanitario. Los que toman las decisiones y tratan de transformar la medicina en un negocio como cualquier otro, lo hacen en parte para aumentar la eficiencia, pero también están acelerando el proceso de resentimiento encubierto frente al elevado estatus de que disfrutaban los médicos¹ con relación a otros profesionales que pueden llamarse legítimamente doctores (por tener este grado académico). Los médicos, por ejemplo, están considerando seriamente organizarse en sindicatos —en el hospital donde trabajo, algunos médicos jóvenes se denominan en broma a sí mismos "proles"²— y la idea ha sido respaldada recientemente por las principales organizaciones médicas. Cuando ello suceda, la medicina dejará de ser una profesión y los costes médicos aumentarán. Los médicos se convertirán en alguien semejante a los fontaneros, aunque tal vez mejor pagados, y estarán peleando constantemente por el dólar, al igual que lo hacen otros sindicatos.

Esto es lo que sucede cuando la profesión médica se ve despojada de sus cualidades trascendentes —su mística, su sentido del deber, su código de honor— y se convierte en una empresa racional de tipo económico. Hace años, los médicos podían haberse sentido satisfechos con menores ingresos porque lo que les faltaba en dinero lo compensaban en estatus. Existía algo que era casi una nobleza revestida de ascetismo en el hecho de ser médico. Pero hoy en día éstos obtienen poco más que el cheque de la paga de su trabajo; el dinero resulta mucho más importante para ellos y cada vez tratan de ganar más.

El esfuerzo para aumentar los ingresos se refuerza cuando otras cosas intangibles que recibían, como autonomía profesional, se ven minadas. Los médicos se quejan de que las compañías de medi-

¹ Nota de la redacción (N. de la R.). Lógicamente, el autor se refiere a la situación de los médicos norteamericanos.

² N. de la R. Diminutivo de proletarios.

cina gestionada³ supervisan una excesiva cantidad de las decisiones médicas tomadas por ellos, y de que han de contentar a algún burócrata anónimo y carente de formación médica antes de solicitar una prueba. Sin embargo, pocos médicos piensan seriamente en poner una consulta sin contar con las HMO⁴; saben que tienen que pertenecer al cuadro médico de las organizaciones de medicina gestionada para conseguir pacientes.

Por motivos prácticos, los médicos se están viendo obligados a convertirse en miembros de una organización. Han de vivir con el permanente temor a ser excluidos del cuadro médico de una aseguradora (un proceso denominado "de-selection"), han de llevarse bien con sus jefes y rellenar los papeles a tiempo porque, si no hacen todo esto, perderán sus consultas. Existe un nuevo tipo de médico que lo que realmente desea es tener éxito como miembro de una organización; éste pone en primer plano sus habilidades sociales y recalca su capacidad para supervisar el trabajo de otros. Estudia una maestría en administración de empresas y se prepara para ocupar elevados puestos de gestión en las aseguradoras o, aún más, para ejercer como empresario dirigente de centros quirúrgicos o de grandes cadenas de proveedores.

Pero la mayoría se resignan simplemente a lo que en la escala médica equivaldría a un puesto intermedio de gestión: asistir a los pacientes a cambio de unos ingresos fijos y atender a los gerentes. Estos médicos, cuando calculan sus sueldos con relación a las horas que dedican al trabajo, prefieren trabajar por turnos en vez de hacer un día completo de guardia, tal y como requería antiguamente su código de honor. El resultado es una pérdida de continuidad en la asistencia porque los pacientes pasan de un médico a otro en un periodo de 24 horas. Todavía no se ha calculado cuál es el perjuicio para la salud de los pacientes, es decir, el aumento de morbilidad debido a fallos en la comunicación entre los médicos, pero no importa. Estos "médicos de una organización" se ven bombardeados por todas partes por la idea de que la medicina es más un negocio que una vocación. Se sienten presionados para reducir los costes y son conscientes de que es necesario conseguir un beneficio para que su aseguradora pueda sobrevivir. Y a medida que más y más médicos se van transformando en algo parecido a miembros de una organización, la antigua ética profesional se va convirtiendo en algo caduco.

Los enfermeros y los profesionales sanitarios

Los médicos se están encaminando hacia nuevos ámbitos, en parte, porque su propio terreno está siendo amenazado por la enfermería y por otros profesionales sanitarios, incluyendo los ópticos, los enfer-

³ N. de la R. Hemos traducido *managed-care* por "medicina gestionada"; hay quien prefiere traducir el término como "asistencia gestionada". Explicado de una forma muy simplista, la medicina gestionada es una modalidad de aseguramiento sanitario, que prácticamente sólo se ha desarrollado en EE.UU., y cuya característica distintiva es la supervisión de la asistencia prestada por los médicos (u otros profesionales sanitarios) a los pacientes. Su objetivo es el control de los costes.

⁴ N. de la R. Las organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO, Health Maintenance Organizations) son seguros que se rigen por los principios de la medicina gestionada y tienen carácter privado. Proveen de servicios sanitarios —normalmente, dentro de un área geográfica— con los que "mantienen" la salud de un colectivo de individuos, que pagan una cantidad fija previamente pactada. Un gran número de ciudadanos norteamericanos está asegurado bajo esta modalidad de seguro sanitario.

meros especializados en psicoterapia, las comadronas, los enfermeros de anestesia y los fisioterapeutas. En muchos estados de EE.UU. se permite a los enfermeros y a otros profesionales sanitarios visitar a pacientes y prescribir tratamientos sin consultar con un médico. La supervisión, cuando existe, es una mera formalidad. La medicina gestionada ha fomentado esta tendencia por razones obvias: los no médicos ejecutarán una determinada tarea por menos dinero.

Los médicos sólo pueden echarse la culpa hasta cierto punto a sí mismos por el curso que han tomado los acontecimientos. Durante varias décadas, han descuidado el poder de prescribir que les ha otorgado la ley como fuente de ingresos y han preferido recibir el grueso de su remuneración en función de los avanzados procedimientos científicos que llevan a cabo. El nomenclátor de las aseguradoras se ha ido sesgando hacia las especialidades centradas en una tarea específica: los cirujanos realizan intervenciones quirúrgicas, los gastroenterólogos endoscopias, los cardiólogos angioplastias, etcétera. El trabajo cognitivo, que es el tipo de trabajo que realizan los médicos de asistencia primaria o los psiquiatras, está peor retribuido.

Con todo, al basar sus ingresos en los procedimientos técnicos que llevan a cabo, los médicos han dado una gran oportunidad al personal que no es licenciado en medicina, dado que estos procedimientos, especialmente cuando se ponen fuera del contexto de un trabajo cognitivo serio, pueden llegar fácilmente a ser ejecutados con maestría por individuos que no posean una formación médica avanzada. Esta idea me quedó bien metida en la cabeza cuando yo era residente de anestesia. Había aprendido a intubar a los pacientes con un instrumento peculiar, y estaba orgulloso de ello. Un día, un profesor mío me dio un laringoscopio y dijo: "Anda, monillo, ya puedes ejecutar tu truco". Los procedimientos técnicos tan solo requieren de la repetición para llegar a ser dominados, sin la necesidad de complejos conocimientos. En vista de esto, el personal que no es médico afirma, frecuentemente con razón, que puede llevar a cabo los procedimientos igual de bien, pero por menos dinero.

Sin embargo, esta oportunidad para los enfermeros y otros profesionales sanitarios nunca hubiera sido posible sin que un extraordinario cambio de actitud les hubiera preparado el camino. Al igual que los médicos tuvieron una vez su propio puesto, también lo tuvieron los profesionales sanitarios y, aunque su posición laboral era indudablemente inferior a la de los médicos, también seguían un código de honor.

Consideremos el caso de las enfermeras, que tienen sus propios uniformes y cofias y que, en el ideal tradicional, encarnaban las virtudes de la compasión, del deber y del servicio. Incluso, estaban orgullosas de las dificultades que soportaban al cuidar a los enfermos, y los médicos las estimaban y respetaban por sus valores, admirando su abnegación.

Tal vez la mística que se ha creado alrededor de las enfermeras tenga un componente sexual porque, en el pasado, habitualmente los médicos eran hombres y las enfermeras mujeres. Estas últimas eran como sacerdotisas o seres humanos perfectos a los que había que respetar y reverenciar, aunque al mismo tiempo se fantaseaba con ellas y se les ofrecía cierta protección. De este modo, la misión de la enfermera llegó a estar sujeta a prejuicios culturales y sociales por todas partes.

Sin embargo, en un mundo racional en el que la asistencia sanitaria es simplemente una empresa económica, desaparece el misterio que rodea la relación médico-enfermera. Tal vez éste fuese un cambio inevitable, al menos con relación al componente sexual: actualmente casi la mitad de los estudiantes de medicina en Estados Unidos son mujeres, y la enfermería es una profesión cada vez más popular entre los hombres. Pero el otro componente de la antigua ética médica —las reglas concretas que regían el comportamiento y la actividad de médicos y enfermeras— no era necesario que desapareciese, como ha ocurrido. Muchos profesionales sanitarios ya no se ven a sí mismos como portadores de una identidad especial y, para ellos, el servicio que proporcionan se reduce a cualquier otro tipo de trabajo material. Para estos trabajadores sanitarios modernos, la única cuestión que cuenta es la de quién trabaja para quién.

La mística de la asistencia ha desaparecido. Al igual que a finales de la era feudal resultaba ridículo que tan sólo los aristócratas llevaran espadas colgando, en la era de la economía racional parece absurdo que los médicos posean el monopolio de ciertos trabajos físicos. Dado que hoy en día todo ello es únicamente trabajo —dar a los botones y enfocar el láser— los enfermeros y otros profesionales sanitarios no ven por qué habría que impedirles el realizarlos.

Ahí es donde subyace la base del resentimiento de los profesionales sanitarios hacia los médicos. Aquéllos consideran a los médicos como sus jefes y, aunque les gusta que sus jefes les paguen, no están seguros de que ellos mismos no deban ser jefes. En una era igualitaria como la nuestra, la autoridad es respetada únicamente si se basa en el mérito. Por ello, cuando los profesionales sanitarios que no son médicos ven que son capaces de hacer lo que éstos hacen, se sienten agraviados por su superior posición social.

Los médicos notan este resentimiento y tratan de mitigarlo tratando como amigos a sus "coprofesionales". Las relaciones entre ellos y otros profesionales sanitarios son mucho más relajadas e informales de lo que lo eran en la generación anterior. Es frecuente que los médicos, los enfermeros y otros profesionales sanitarios se dirijan unos a otros por su nombre y que establezcan relaciones sociales, algo que hace tiempo era impensable. Pero, como resultado de ello, los médicos encuentran aún más difícil vociferar instrucciones, cuando es necesario hacerlo, porque en la actualidad se encuentran ejerciendo su autoridad sobre personas que son sus amigos, y ello provocaría aún más resentimiento entre sus "coprofesionales".

Las consecuencias de tales cambios culturales para la política sanitaria son importantes y aún no se conocen del todo. Los economistas piensan que pueden recortar los costes de la asistencia sanitaria animando a los profesionales que no son licenciados en medicina a ir asumiendo progresivamente labores que tradicionalmente ejercen los médicos, pero están equivocados. La presión para lograr una mayor retribución va a ser cada vez mayor, ya que los profesionales que no son licenciados en medicina y trabajan para las HMO realizando las mismas tareas que los médicos, se diferencian únicamente en el hecho de que a los médicos se les paga más y tienen seguros privados para indemnizar a los pacientes. A la postre, esta irregularidad resultará demasiado evidente como para ocultarla y se exigirá un pago igualitario.

Los profesionales sanitarios han adoptado la táctica de ir por partes para tener derecho a realizar procedimientos que anteriormente tan sólo eran llevados a cabo por médicos. Al utilizar un planteamiento

progresivo, ganando terreno a los médicos tarea a tarea, los profesionales sanitarios no ven al paciente como un todo, sino de acuerdo con el procedimiento que, por ley, pueden llevar a cabo en él. Muchos de los responsables de las políticas sanitarias han lamentado el hecho de que la ciencia y la tecnología se hayan convertido en los filtros a través de los cuales los médicos ven a sus pacientes. Pero cuando los profesionales sanitarios ponen el énfasis en las intervenciones médicas como método para avanzar en su carrera, se acelera la tendencia a disgregar los problemas del paciente en subunidades aisladas. Ver el bosque está menos recompensado que defender los propios árboles y los trozos de tierra que ya se han conseguido.

Los hospitales

Los hospitales tampoco tienen clara su misión en el nuevo sistema de asistencia sanitaria y son particularmente vulnerables frente a los nuevos cambios.

Durante el siglo pasado, los hospitales se convirtieron en los principales centros para proporcionar asistencia sanitaria en la comunidad. Los médicos veían a los pacientes en sus consultas, pero era en el hospital donde realizaban las intervenciones quirúrgicas, donde se trataba a los pacientes por cualquier cosa que no fuese una enfermedad banal y donde se llevaban a cabo los principales procedimientos diagnósticos. Los hospitales, especialmente los afiliados a la universidad, también albergaban los laboratorios en los que se desarrollaban las investigaciones médicas de importancia. El hospital, con los médicos, los internos, los residentes y los investigadores académicos era un lugar único en el que la teoría se conjugaba con la práctica.

Sin embargo, hoy en día la misión de los hospitales no está clara. Actualmente es posible llevar a cabo una gran cantidad de cirugías en forma ambulatoria, lo cual lleva a los empresarios, incluidos los médicos, a establecer centros quirúrgicos fuera del hospital. Las residencias de ancianos han creado unidades de pacientes subagudos dentro de sus instalaciones para cuidar a pacientes cuya recuperación vaya a ser prolongada (por ejemplo, una persona de edad avanzada con múltiples problemas médicos que se esté recuperando de una intervención de cadera), lo cual hace que la atención exclusiva que recibían los pacientes en los hospitales resulte redundante. Tradicionalmente, los hospitales se encontraban en una posición ventajosa debido a sus posibilidades de comprar equipos caros, como TAC y RNM. Pero, actualmente, los empresarios privados tienen suficiente capital para montar sus propios centros de diagnóstico por imagen. Tampoco las urgencias siguen siendo un coto privado de los hospitales, ya que han sido sustituidas por "centros de asistencia urgente", localizados en los vecindarios e, incluso, dentro de los centros comerciales.

Los servicios que hace tiempo prestaba únicamente el hospital están siendo retirados de éste poco a poco, haciendo que pierda su monopolio y, lo que es más importante, el significado de sus fines. El hospital ha de competir, no tan solo con otros hospitales, sino con nuevos tipos de unidades médicas. Además los hospitales se encuentran en desventaja porque las nuevas unidades están sometidas generalmente a una menor regulación por las agencias de acreditación, por tanto, sus costes son menores. En respuesta,

los hospitales han extendido sus actividades hacia otras áreas de la asistencia sanitaria. Por ejemplo, muchos están estableciendo redes de salud comunitaria y asociaciones entre médicos y hospitales. Estas alianzas con grupos de médicos ofrecen paquetes de seguros directamente a los empleadores de la comunidad, dejando de lado así al intermediario tradicional, la compañía de seguros. Otros hospitales están tratando de establecer sus propias unidades de pacientes subagudos en instalaciones para los pacientes de edad avanzada que precisen asistencia médica. El objetivo que persiguen es crear unas instalaciones para estas personas que les permitan tener una vida normal, no medicalizada, con la ventaja adicional de estar cerca del hospital y de las consultas de los médicos, lo cual pone a tales centros directamente en competición con las residencias de ancianos.

Hasta cierto punto, el declive del hospital ha sido inducido por la demografía. La gente que vive en los barrios residenciales de las afueras⁵ no quiere ir a la ciudad para someterse a intervenciones quirúrgicas o para hacerse una mamografía si puede evitarlo. Incluso los hospitales de las afueras pueden resultar incómodos por las dificultades para aparcar y por el tiempo que se consume navegando en la burocracia de una gran institución. Pero el declive del hospital también refleja un gran cambio en la actitud de los norteamericanos frente a la enfermedad. Este cambio no es tan sólo económico y demográfico; es un cambio espiritual.

En la generación anterior la mayor parte de los hospitales, en particular los comunitarios, estaban afiliados de algún modo a una orden religiosa. Eran organizaciones caritativas, sin ánimo de lucro, y, aunque su misión era la de cuidar a los enfermos, lo hacían con un ojo puesto en este mundo y el otro en el mundo venidero. Ir de visita a uno de estos hospitales era una experiencia única. Cuando era niño, iba con frecuencia a un hospital católico que estaba cerca de mi casa. El interior era oscuro y parecía anunciar un presagio; las monjas se vestían de negro; la atmósfera hacía pensar que estaban en juego fuerzas irracionales, que el hombre no controlaba totalmente la situación. El sentimiento general era de sobrecogimiento, temor y esperanza, teñidos de una suave melancolía, porque al ver a pacientes de todas las edades y a familias de diversas procedencias económicas y sociales se podía entrever algo de la humanidad en su conjunto. Tras andar por los pasillos de un hospital como ése, uno recordaba para siempre la gravedad del desvalimiento humano.

Con el transcurso de los años, el elemento espiritual del hospital ha ido desapareciendo. Muchos hospitales, por ejemplo, tienen todavía algún tipo de capilla o santuario, pero de estos cuartos tan sólo quedan vestigios, restos de un mundo que actualmente resulta más pintoresco que funcional. Los nuevos hospitales con ánimo de lucro, prácticamente no tienen ninguna conexión con ese pasado. Algunos críticos pueden atribuir el cambio al proceso de creciente secularización que se está dando en EE.UU., pero ésta no es la única cuestión a considerar; hay que contar con la existencia de una nueva actitud hacia la asistencia sanitaria, promovida por los economistas y los expertos en política sanitaria.

⁵ *N. de la R.* Lo que en EE.UU. se conoce como "suburbs".

La salud se ha convertido en un producto más en la economía del consumidor, formando parte del intercambio comercial diario entre seres humanos, quedando así firmemente alojada en el mundo de los negocios. Se ha convertido en una empresa económica sujeta a las leyes de la oferta y la demanda y, con el fin de preparar la asistencia sanitaria para el mundo racional de la economía, los miedos y las profundas inseguridades que van ligadas a la enfermedad se ponen en un segundo plano, se ignoran o se encubren.

En los hospitales modernos es posible observar los signos de esta nueva actitud. Algunos tienen vestíbulos de madera de teca con preciosas cascadas, pianos que tocan solos y cafeterías de degustación. Las salas de partos se parecen al salón de una casa, teniendo incluso una chimenea con un fuego de imitación en ocasiones, con el fin de simular la experiencia de dar a luz en casa. Toda la atmósfera es como la de cualquier local comercial, muy distinta del hospital de antaño. El objetivo es hacer que la asistencia sanitaria se parezca a cualquier otra experiencia de consumo placentera, como comprar o hacerse la manicura, sin riesgos, sin sufrimiento y sin que existan razones para tener miedo.

En el pasado, el hospital era algo más que un lugar en el que se proporcionaban servicios. Constituía una parte vital de la comunidad, un tipo de consorcio implícito en el que los benefactores, los miembros de asociaciones y los voluntarios, junto con los médicos, trataban de asociar las preocupaciones de la vida diaria con algo distante e inmemorial. Era uno de los pocos sitios en que las cuestiones relativas a vida y a la muerte eran tratadas seriamente. Los "Doc-in-the-boxes"⁶ y las tiendas en las que uno puede someterse a una cirugía rápida, que actualmente se encuentran esparcidas en el paisaje, no tienen ese sentido de trascendencia. Son tan sólo negocios, nada más, en los que rara vez existe un cuarto dedicado a la plerogaria, el consuelo o la meditación.

Las aseguradoras

Las aseguradoras también están desconcertadas. Cuando el seguro sanitario de indemnización era el modelo para el reembolso, las compañías funcionaban tal y como lo hacen para el coche, la casa o el seguro de vida. Las primas se abonaban a un fondo común y cuando un beneficiario se ponía enfermo el dinero era desembolsado a los hospitales y a los médicos. Existía una rígida división entre el aspecto financiero de la medicina, el cual estaba reservado a las aseguradoras, y la práctica real de la misma, que estaba reservada a los médicos y hospitales. Las aseguradoras tenían un papel bien definido, pero claramente limitado.

Al desarrollarse la medicina gestionada, el papel de la aseguradora se ha hecho confuso. Ésta sigue manteniendo sus obligaciones financieras pero, bajo el nombre de medicina gestionada, ha traspasado lo que anteriormente estaba reservado a los médicos y a los hospitales. Los directores médicos y los "espe-

⁶ *N. de la R.* El autor recurre como figura retórica al "Jack-in-the-boxes", un juguete norteamericano que consiste en un muñeco vestido de payaso que salta, mediante un muelle oculto, fuera de una caja al abrir la tapa.

cialistas en la revisión de la utilización" empleados por las aseguradoras tratan de controlar los costes influyendo en el tratamiento de los pacientes. Y en un grado no despreciable practican la medicina. Ello ha dado lugar a un considerable alboroto entre los médicos y el público en general, pues sospechan que la medicina gestionada está permitiendo que las previsiones económicas de los negocios afecten las normas sobre el tratamiento médico. Este atropello ha suscitado peticiones de reforma por todo el país, como es el caso de la Declaración de Derechos de los Pacientes (*Patient's Bill of Rights*)⁷.

Los que toman las decisiones están deseosos de resolver estos problemas, pero se equivocan al tratar de conseguir la reforma mediante un esquema regulador que se ha quedado totalmente anticuado. Tradicionalmente, en la mayor parte de los estados, el aparato gubernamental que regulaba la asistencia sanitaria seguía el antiguo esquema general del panel. Existía un departamento de sanidad para regular a los médicos, una comisión de seguros para regular a las aseguradoras, una agencia de acreditación para controlar a los hospitales, etcétera.; y el esquema regulador estaba organizado de acuerdo con la misión específica de cada institución en la industria global de la asistencia sanitaria.

Pero, si bien la misión de estas instituciones ha cambiado, el esquema regulador del gobierno en general no lo ha hecho. Ello resulta particularmente cierto con relación a las aseguradoras, porque ya no está claro cómo regularlas. Muchas de estas compañías tienen una estructura híbrida peculiar, siendo por una parte aseguradora y, por otra parte, médica y, en el caso de las compañías que poseen inmuebles, como la Kaiser Permanente⁸, en parte hospital. Lo mismo es cierto para los directores de las compañías de medicina gestionada, esto es, los médicos que toman las decisiones relativas al reembolso por la asistencia sanitaria. Por un lado, actúan como trabajadores de una aseguradora, diciéndole a la gente que la aseguradora no va a pagar cierta prueba o procedimiento, no que no puedan conseguir que se los hagan. Y, por otro, están actuando como médicos porque están utilizando su criterio médico para determinar si un procedimiento o una prueba son necesarios o no.

A la vista de los cambios que se están produciendo en la asistencia sanitaria, lo que se precisa no es un nuevo estrato de regulaciones, sino una reforma del aparato regulador. Tal vez sea éste el caso de los directores médicos, los cuales representan una nueva especialidad médica y que han de seguir un proceso de acreditación propio; tal vez las organizaciones de medicina gestionada sean inspeccionadas y reguladas más adecuadamente por un nuevo cuerpo que sea, en parte, departamento de sanidad y, en parte, comisión de seguros. Estas cuestiones todavía tienen que ser resueltas.

⁷ *N. de la R.* El Patient's Bill of Rights fue adoptado por la American Hospital Association (AHA) en 1973. La última revisión es de octubre de 1992. El lector interesado puede encontrarla en: <http://www.aha.org/resource/pbillofrights.asp>.

⁸ *N. de la R.* Kaiser Permanente es una aseguradora sin ánimo de lucro del tipo HMO, que se fundó en 1945 y es en la actualidad la más grande de EE.UU. Da aseguramiento sanitario a 8,1 millones de norteamericanos y opera en nueve estados y en el Distrito de Columbia. Está constituida por varias divisiones que atienden —como señala el autor en el texto— los distintos aspectos de la asistencia sanitaria, esto es, aseguramiento (Kaiser Foundation Health Plan, Inc.), hospitales (Kaiser Foundation Hospitals) y profesionales (Permanent Medical Groups).

La misma reevaluación ha de producirse en el área de la ley civil. Las aseguradoras insisten en que no se las debe responsabilizar por los perjuicios resultantes de denegar una petición, ya que la denegación de algo no constituye un acto médico, sino el acto propio de una aseguradora. Pero ello tiene indudablemente consecuencias de tipo médico, dado que la mayor parte de la gente no puede permitirse pagarlo de su bolsillo, ya que cuentan con su aseguradora para pagar la asistencia sanitaria. Las mismas cuestiones se plantean entre las compañías de medicina gestionada que no emplean directamente a los médicos, sino que forman sociedades libres con cuadros médicos. El control que ejercen resulta confuso en ocasiones, siendo necesario establecer mejor el papel de los médicos y las aseguradoras, al menos para ayudar a determinar la responsabilidad de las partes en los casos en que exista un perjuicio para el paciente.

El paciente

Antiguamente, los pacientes creían que la medicina era algo que estaba más allá de su comprensión. Otorgaban cierto control a los médicos y a las enfermeras, y consideraban la práctica de la medicina como un cierto arte mágico para el que tan solo estaban capacitados los médicos. Las decisiones de éstos raramente se ponían en tela de juicio y los pacientes no trataban de conseguir información sobre temas médicos, en parte debido a que el conocimiento médico no estaba al alcance de todos. Pero todo ello ha cambiado.

Hoy día, los que toman las decisiones tienen en mente capacitar a los pacientes para transformarlos en consumidores que posean información y puedan elegir entre una amplia gama de productos de la asistencia sanitaria. El objetivo es el de aumentar su satisfacción ofreciéndoles más servicios, como sería el caso con cualquier otro proyecto comercial. Los nuevos portales de información médica en Internet fomentan la búsqueda de una segunda opinión entre los profesionales sanitarios, obligando finalmente al gobierno a cubrir cada vez más servicios médicos. El no tener acceso a un determinado producto de la asistencia sanitaria recibe actualmente la misma consideración que el no tener acceso a la televisión o al teléfono. Se considera un problema de distribución y coste. Los consumidores saben qué es lo que quieren —asistencia sanitaria— y su satisfacción depende de ello. El problema es proporcionársela. En eso se ha convertido la preocupación fundamental de los expertos en política sanitaria.

Sin embargo, en el modelo de los economistas de la salud, la insatisfacción de los pacientes ha llegado a considerarse como algo anormal, un contratiempo temporal en el buen funcionamiento de un servicio. La enfermedad no es obra de la Divina Providencia, sino el resultado de la ineficacia del sistema de asistencia sanitaria. Por eso va en aumento el descontento y la perplejidad de los consumidores con relación a la asistencia sanitaria que reciben. Se les dice que éste es un producto de consumo como cualquier otro y que, si están insatisfechos, hay algo que funciona mal en el sistema o con relación al producto. La mortalidad humana ha desaparecido del horizonte de la asistencia sanitaria.

Esta actitud es la que subyace a las demandas de la sociedad de que Medicare se haga cargo de Viagra®, el fármaco para curar la impotencia. Nadie se enfada cuando hay mal tiempo porque creemos que el tiem-

po está más allá de nuestro control. Pero ya no se considera que la salud sea un fenómeno misterioso e incontrolable. Actualmente se afirma que la asistencia sanitaria es un producto o un servicio, lo cual hace inexcusables unos resultados deficientes o las ineficiencias. Ya ha pasado la época en la que uno se resignaba frente a una situación difícil y decía: "es voluntad divina".

En el ámbito de la salud mental, donde se enfrentan las fuerzas racionales de la ciencia y la economía, puede verse que la medicina se ha transformado en un mero producto comercial. Durante las últimas décadas, los médicos han realizado un gran esfuerzo científico para cuantificar la infelicidad, para catalogarla y explicarla, y ponerle una etiqueta, todo ello con el propósito de remediarla. Ya no se considera que la infelicidad esté más allá de nuestra comprensión; los expertos la explican, la cuantifican y la describen con el fin de elaborar paquetes de tratamiento y colocarlos en el mercado. Por ejemplo, millones de norteamericanos están siendo tratados actualmente con fármacos que afectan el estado de ánimo, como Prozac® o Wellbutrin®.

Antes existía una línea divisoria que separaba la infelicidad debida a una enfermedad física de la infelicidad misteriosa e inexplicable, que tal vez pudiera subsanarse únicamente mediante el asesoramiento religioso. En el último caso, la infelicidad no era un "padecimiento mental" sino una crisis espiritual, el resultado del aburrimiento o la frustración, o la consecuencia de una caída. Pero, cuando la infelicidad se incluye en el campo de la ciencia y de la economía ya no está claro dónde terminan los límites de la asistencia sanitaria y dónde comienzan los de la religión. Desaparece la línea que las separa y, con ella, uno de los últimos controles sobre la demanda del consumidor.

¿Un mundo feliz?

Todos los problemas de la asistencia sanitaria son síntomas de una misma enfermedad. El panal asistencial se ha desmoronado y la misión de los principales representantes de la industria se ha hecho confusa, mientras que las expectativas de los pacientes son mayores que nunca. Al igual que un organismo que se esté desarrollando de acuerdo con su propio programa, el sistema de asistencia sanitaria parece estar evolucionando en una dirección desconocida. Los expertos en políticas sanitarias y los gerentes han contribuido a la aparición de una revolución cultural en el ámbito de la asistencia sanitaria, y actualmente no parece que ninguno de nosotros pueda hacer mucho más que observar y esperar.