

Volviendo empleados a los doctores

Matthew R. Anderson

*No – dijo el sacerdote – no todo se debe tomar por cierto,
únicamente debe considerársele como necesario.
Esas son opiniones desconsoladores
–dijo K–, la mentira erigida en orden del mundo.
--Franz Kafka, El Proceso*

Mucho del debate en torno al “Programa Obamacare” (Ley para la Atención Médica Asequible y Protección al Paciente, *Patient Protection and Affordable Care Act*, ACA, por sus siglas en inglés,) se da en torno a su financiamiento y a su intención de garantizar acceso universal a los servicios de salud a través del mercado, vía las aseguradoras privadas. Aparte de las historias sensacionalistas sobre los “Comités de la Muerte” se ha prestado muy poca atención a las implicaciones reales de esta Ley para los servicios de salud.

Pocos notaron que el ACA –atacado por la derecha y apoyado por los demócratas– es una continuación de la tendencia histórica hacia una mayor consolidación del complejo médico industrial (CMI)¹ que controla ya el 18% del producto interno bruto (PIB) y ambiciona todavía más.^{2,3} Clave para este proyecto es el control cotidiano sobre las actividades de los profesionales de la salud, los cuales quedan legalmente autorizados a tomar decisiones médicas y a administrar determinadas intervenciones. Este control es presentado dentro del marco de un esfuerzo importante para generar mayor valor (aumentar la eficiencia y calidad del servicio), es decir, como parte de un propósito más general para llevar la “disciplina del mercado” a un sistema que es demasiado caro, irracional e ineficiente.

Propongo que los conceptos: valor, eficiencia, calidad y disciplina de mercado son parte de una ideología destinada a justificar el control

Matthew R. Anderson. MD, MSc. Departamento de Medicina Familiar y Social, Centro Médico Montefiore, Nueva York, EUA:
Correo-e: bronxdoc@gmail.com

corporativo sobre el trabajo de los médicos. Al describir la “desprofesionalización” de los trabajadores de la salud puede ayudar el concepto marxista de alienación –la separación del trabajador respecto del control sobre y del producto de su trabajo– como una ventana conceptual al médico del futuro, que deberá aprender lo que significa ser un empleado más.

El complejo médico-industrial (CMI)

El concepto del CMI tiene una larga historia en los debates sobre el cuidado a la salud. Surge en los años 70 del Centro Consultivo en Políticas de Salud (*Health/PAC, Health Policy Advisory Center*), un grupo de activistas de Nueva York.¹ Entonces, como ahora, la crisis era presentada en términos de costos, con justa razón. En 2012 los EUA gastaron US\$ 8,648 *per capita* en salud, lo que representó el 17.9% de su PIB.² La Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OECD, *Organization for Economic Cooperation and Development*) estima que en 2009 invirtieron mucho más *per capita* (US\$ 7,960) que Noruega, que ocupó el segundo puesto a nivel mundial (\$5,352) y el doble que el promedio de los países de la OECD (US\$ 3233).⁴ A pesar de esta enorme inversión en servicios de salud, los indicadores correspondientes en este país no son especialmente buenos, se sitúan en el lugar 33 en cuanto a esperanza de vida, por ejemplo.⁵

El problema con esta vertiente crítica a los servicios de salud en los EUA es que asume que sus deficiencias provienen de no conformar un verdadero sistema. *Health/PAC* considera que se trata de una premisa falsa puesto que está basada

en la noción de que “la prioridad de la industria nacional de atención a la salud es proveer un servicio adecuado a los estadounidenses.” Sin embargo, “cuando se trata de hacer dinero, este complejo industrial actúa como un mecanismo asombrosamente eficiente y bien organizado”.¹ Más que atención a los pacientes, *Health/PAC* propuso que las funciones primordiales del sistema médico sean: generar ganancias, investigación y docencia; aunque también mencionó el control social. Las deficiencias de nuestro sistema de salud –que son numerosas– deben ser comprendidas como un subproducto inevitable del énfasis puesto en la generación de ganancias.

Desde los años 70s, el CMI no ha hecho sino aumentar, mientras que sus funciones son llevadas a cabo por grandes sectores corporativos, políticamente influyentes: la industria farmacéutica, las aseguradoras, los sistemas de provisión de atención (generalmente contruidos en torno a los hospitales), clínicas especializadas (ej. centros para diálisis), equipos y enseres, salarios para los trabajadores de la salud, administradores de las farmacéuticas, clínicas de rehabilitación, neogocios de la información sobre la salud, agencias de salud doméstica, firmas de biotecnología e investigación, informática médica, escuelas de medicina, etc. No es coincidencia que en 2013 el sector de la atención a la salud fue el que más gastó en cabildeo político (casi US\$ 360 millones).⁶

A lo largo de este ensayo voy a desarrollar cómo es que el modelo corporativo está degradando la cultura de cuidado clínico y el trabajo de estos profesionales. Veremos qué ocurre cuando el modelo de negocios de la medicina clínica consagra el principio de la salud como mercancía y, simultáneamente, el interés propio cómo motivador: la misión por el margen de ganancias desplaza a la de sanar.

El lamentable estado de la atención primaria en salud en los EUA

Hay bastante evidencia que sugiere que la atención básica mejora la salud de las poblaciones y que, en contraste con la atención especializada, tiende a reducir las desigualdades. La atención primaria es también menos costosa que la especializada.⁷

Incluso hay datos para los EUA que sugieren que una sobreabundancia de especialistas puede ser contraproducente para la salud de la comunidad en general.⁸ Sin embargo, a pesar del impacto de la atención primaria sobre la salud colectiva, sólo el 35% de los doctores en el país se dedican a ello, la mayoría son especialistas;⁴ por el contrario, en Europa constituyen 70% del sector.

Las causas de este sistema basado en especialistas son complejas pero, en todo caso, nos remiten al carácter tecnológico, dirigido a la acumulación capitalista de la atención a la salud en los EUA. Favorece a los médicos que eligen especialidades que implican alta tecnología y procedimientos costosos (como ortopedia o cardiología) en vez de aquéllas que se inclinan hacia una perspectiva cognitiva y basada en relaciones personales (como la medicina interna, la familiar o la pediatría). Los estudiantes de medicina aprenden rápidamente a ver en la atención primaria en salud algo que les acarrearía un salario bajo y poco prestigio,⁸ pero no hay una razón válida para que ésta atención deba ser subvalorada. En esencia el problema es político: son especialistas los que dirigen nuestros centros médico-académicos, los que tienen lazos cercanos con la industria médica y los que han sido capaces de definir la medicina y el proceso de curación a través del uso de alta tecnología y de farmacéuticos caros.

El hogar de los servicios médicos centrados en el paciente: ni centrado en el paciente, ni en un hogar*

En la década pasada un nuevo modelo de atención básica a la salud, El Hogar de Servicios Médicos Centrados en el Paciente (*PCMH, Patient Centered Medical Home*) ha sido promocionado como la solución a la atención básica a la salud. El término “*medical home*” (hogar médico) aparece por primera vez en 1967 en la literatura pediátrica y fue concebido para describir un lugar (“una sola fuente”) que albergara la historia clínica de un infante.¹⁰ Durante los años 90s esta idea fue reelaborada dentro de la comunidad de la atención primaria; por la Academia Americana de Pediatras en 1992, y en 2004 por la Academia Americana de Medicina Familiar y por el Colegio Americano de Médicos Internistas en 2006. Este proceso culminó en 2007 en una declaratoria conjunta por parte de

cinco organizaciones con respecto a la atención primaria en salud. Ya en 2008 el Comité Nacional Garante de la Calidad había promulgado los estándares para el *PCMH* que ofrecía devoluciones fiscales extra a los proveedores de servicios médicos que los atendieran.

No es fácil definir exactamente lo que constituye un *PCMH*, puesto que distintas organizaciones han propuesto diferentes conceptualizaciones.¹¹ No obstante, algunos de sus componentes abarcan: una mayor integración en la atención a la salud, generalmente atada al uso de historiales médicos electrónicos (*EMR, Electronic Medical Records*); la creación de equipos de salud, en lugar de médicos individuales; acceso incrementado a la atención médica; un médico individual por paciente y esfuerzos por aumentar la calidad de la atención en términos de metas, medidas y indicadores estandarizados. Para administrar las diferencias en ingresos, a los médicos de atención básica se les ofrece un pago más alto cuando cumplen con ciertos estándares de calidad, llamados “Pagos por Rendimiento” (P4P, *Pay for Performance*).

Ninguna de estas iniciativas es en principio negativa, no obstante, se centran en los síntomas y no en el problema en sí. El flujo de recursos hacia atención médica especializada (cara) continúa, como también continúa la precarización del financiamiento a la atención primaria. Lo anterior no tendría sentido si la buena salud de la población fuera el objetivo del sistema, no obstante, si el imperativo es la ganancia, entonces se hace lógico e inevitable.

El *PCMH* es un vehículo para la provisión de servicios médicos organizados a través de un mercado competitivo de aseguradoras privadas; éste es el núcleo del “Obamacare”. Se espera que los clientes de seguros de salud, individuos u organizaciones, tomen una decisión anual en función de qué plan es el más ventajoso en términos costo-beneficio. Adoptando la metáfora del hogar, es como mudarse una vez al año integrando nuevos miembros a la familia. Incluso, si un paciente deseara quedarse con su doctor “en casa”, no hay garantía de que la compañía lo incluyera en el plan que ofrece el año que sigue. Seamos claros, se trata de un modelo de negocios,

no de un hogar para la salud. De manera similar, el tratamiento que ofrecen nunca ha estado “centrado en el paciente”. Las asociaciones profesionales y los grandes corporativos han desarrollado y promovido el modelo, de manera que los *PCMH* se “enfocan en el paciente” de la misma forma que los McDonald’s se “enfocan en el cliente”.

Irónicamente, el alboroto y la faramalla en torno al desarrollo de los *PCMH* parecieran originarse más en el abandono del paradigma de atención personalizada a la salud, que en la inauguración de una nueva era para la atención primaria.

Pago por rendimiento (P4P)

Uno de los pilares de los *PCMH* es el programa P4P mediante el cual los doctores son recompensados económicamente por lograr objetivos clínicos cuantificables: porcentaje de pacientes con vacunas para la gripe, por ejemplo. Estudios del programa P4P han mostrado muy distintos efectos en cada implementación del programa sobre los índices de calidad.¹² En otras palabras, no queda claro si realmente funciona. Si el P4P fuera un medicamento esta falta de consistencia habría impedido su uso clínico, pero en el mundo de los negocios las cosas son diferentes, el imperativo ideológico de transformar a los profesionales de la salud en empleados es más importante que cualquier falta de evidencia.

La poca efectividad de los P4P se puede derivar del deterioro directo de lo que siempre ha sido conceptualizado como la tarea central del médico: el bienestar de su paciente. Cuando un paciente me pregunta si debe aplicarse la vacuna contra la influenza busca una respuesta desinteresada basada en mi opinión profesional y en el hecho de conocerle clínicamente. ¿Cuál sería su percepción si le dijera -como exige la honestidad- que recibo una cantidad de dinero -no importa cuán pequeña- cada vez que receto esa vacuna? Se perdería la confianza, que debiera ser la base de nuestra relación profesional.

Estos programas de evaluación de indicadores pueden ser también cuestionados en términos más concretos. Generalmente, se basan en metas fácilmente cuantificables: número de vacunas administradas, presión sanguínea, niveles de

colesterol, encuestas de satisfacción del paciente, entre otras. No obstante, muchos creemos que el núcleo mismo de la salud básica está en las relaciones médico-paciente que se establecen con el tiempo con cada familia, es decir, que descansa en factores irreductibles a un valor sobre cierta escala. Cuando visito a mis pacientes en el hospital –una cara conocida en medio de un ambiente extraño e intimidante– les procuro el tipo de cuidados que son centrales al papel de sanador, pero que son también invisibles en el duro mundo de las metas medibles. Los pacientes recuerdan estas visitas y me lo agradecen años después, cuando posiblemente ya las había olvidado.

Por si fuera poco, las metas clínicas son notoriamente inconstantes, la medicina clínica evoluciona rápidamente y lo que se considera bueno hoy, no lo será dentro de unos años. Las metas en relación a presión arterial, colesterol y control diabético se han visto modificadas de manera importante en los últimos años, lo que los P4P no reflejan o no son capaces de reflejar. En la medida en que los médicos trabajan en instituciones cada vez más grandes, la atribución de resultados clínicos específicos a un sólo profesional se vuelve cada vez más problemático.

Una atención médica verdaderamente “centrada en el paciente” requeriría una amplia flexibilidad en cuanto a sus objetivos clínicos, no todos los pacientes requieren el mismo tratamiento. Las metas de calidad diseñadas desde afuera pueden no reflejar los problemas reales que enfrenta el paciente, su clínica o su comunidad.

Entra a escena la historia clínica electrónica (EMR)

La administración Bush dio pie a una gran iniciativa federal para promover el uso de la tecnología en la salud y, específicamente, el de registros electrónicos. Esta iniciativa recibió un mayor impulso durante el primer año de la administración de Obama, cuando los consultorios médicos recibieron incentivos para la implementación de las EMR mediante la Ley de Recuperación y Reinversión, como parte del paquete de estímulos de 2009.¹³ De nuevo, las EMR eran una idea interesante, pero sin mucha evidencia en cuanto a sus beneficios o perjuicios.

También constituyeron un nuevo e interesante nicho de ganancias y subsidios federales y docenas de proveedores distintos ofrecieron su implementación a los médicos.

Paradójicamente, puede ser que el resultado fue que la información clínica se ha vuelto todavía más fragmentaria. Cuatro años más tarde tenemos una alucinante variedad de tipos de EMR, ninguno de los cuales es compatible con el otro; dentro de una misma institución manejamos frecuentemente varios distintos. Desenredar este caos – creado bajo la lógica del mercado – podría llevar décadas. Nadie sabe cuánta gente tendrá que someterse a vacunaciones extra o exámenes adicionales porque sus registros queden perdidos en siempre nuevos formatos obsoletos inaccesibles a cierto *software*. La “casa de la medicina” parece haber sido colonizada por distintas familias sin reglas, que no se pueden comunicar entre ellas.

Las EMR tienen más características preocupantes,¹⁴ la mayoría fueron diseñados para capturar información relativa a cobros y control de calidad, más que para facilitar información para el cuidado clínico. Como resultado, el personal clínico, en vez de interactuar con los pacientes, se la pasa encorvado frente a una pantalla capturando información en formas electrónicas, indicando que le ha aconsejado a su paciente dejar de fumar o que necesita una colonoscopia, en un claro ejemplo de alienación. Como un paciente frustrado me comentó: “antes hablaba con mi doctor, ahora sólo le veo la nuca”. No hay más que una sola lógica válida para la conducción de una entrevista médica: ahora sigue los lineamientos generados por una computadora. Mientras uno avanza a lo largo de pantallas obligatorias con preguntas predefinidas, pareciera que se está tras un mostrador de Burger King registrando si el cliente quiere papas fritas o aros de cebolla.

No sólo se pierde la voz del médico en muchas de las EMR, sino que, más crucialmente, se pierde también la del paciente. En pantallas de captura restringidas por opciones a elegir, las historias clínicas se ven reducidas a una colección arbitraria de hechos fuera de contexto: dolor abdominal izquierdo / tipo: calambre / duración: 2-4 días / aliviado por: defecación. Esto prácticamente constituye anti-medicina, es decir, una perversión

deliberada de la tarea esencial de dilucidar coherentemente y comprender la experiencia de la enfermedad del paciente, tanto como una herramienta de diagnóstico, como de terapéutica.

“Nos esforzamos por el cinco”: satisfacción manufacturada

Uno de los aspectos más perversos del PCMH es el énfasis sobre cómo presentar los datos para acomodarlos a las metas, implica la corrupción del mismísimo conocimiento que daría la posibilidad de mejorar los procesos. Esto se ve en el procedimiento en torno a las encuestas de satisfacción como, por ejemplo, del producto¹⁵ “Mejorando el cuidado a la salud” de la Editorial Ganey, que manda encuestas a una muestra de pacientes después de su visita clínica. Los mandos medios son puestos bajo fuerte presión para obtener y mantener buenos resultados en dichas encuestas. Para mejorar los resultados, el mensaje de “nos esforzamos por el cinco” (el puntaje más alto) es colocado y promovido ante pacientes mediante carteles, tarjetas de citas o verbalmente, a través del personal. Si esto no funciona se puede contratar a la propia Editorial Ganey para que aconseje cómo mejorar dichos puntajes, un interesante giro de negocios para una entidad que, se supone, los evalúa imparcialmente.

Comunicar a los pacientes que su doctor o clínica desean un cinco como calificación introduce un burdo elemento de prejuicio en sus respuestas. Es exactamente el tipo de situación que la investigación clínica busca evitar a toda costa. Un investigador que regañara a una enfermera en una investigación porque la presión sanguínea no fue la deseada, tendría que ser despedido, en cambio, a nivel administrativo, el mismo comportamiento es premiado.

Esto ilustra perfectamente un dicho del sociólogo estadounidense Donald T. Campbell que se ha vuelto conocido como la “Ley de Campbell”: “Entre más utilizado sea un indicador cuantitativo para tomar decisiones en contextos sociales, será más propenso a corromper y distorsionar los procesos sociales que busca monitorear”.¹⁶ Los resultados *ad hoc* de las encuestas de satisfacción interfieren con los esfuerzos reales para mejorar el sistema. Por supuesto, hoy, mejorar el sistema es

relevante sólo en función de que se esté operando con cierto margen de ganancia.

Durmiendo con el enemigo: las asociaciones profesionales

La conquista de la atención primaria por parte del complejo médico-industrial ha ocurrido con la complicidad de los doctores que encabezan las asociaciones profesionales, cuyo liderazgo está cooptado por intereses comerciales. Dos ejemplos: la Academia Americana de Médicos Familiares ha elegido hacer de *Coca Cola* su socio corporativo; los internautas que acceden a *FamilyDoctor.com* verán publicidad de esta marca encabezando el sitio *web*. La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda la lactancia materna como forma óptima de nutrición infantil pero, no obstante, permite a *Enafmil* (un sustituto industrial) patrocinar sus actividades de educación continua y el logo del AAP aparece de manera prominente en la publicidad de fórmulas; publicitar en cualquier forma este tipo de productos es ilegal en la mayoría de los países. Inclusive el Instituto Nacional para la Salud (NIH) tiene socios corporativos que han incluido tanto a *Pepsi* como a *Coca Cola*. Se debe tener lástima por el paciente que tiene que intentar entender de alguna manera que su doctor y su gobierno, ambos encargados de proteger su salud, son socios orgullosos de *Coca Cola*.¹⁷ ¿La *Coca* no puede ser tan mala? ¿O sí?

El destacado papel jugado por las escuelas de medicina

Como fue señalado por *Health/PAC* en los 70, los centros médico-académicos juegan un papel primordial dentro del complejo médico industrial. Éstos entrenan la fuerza laboral del sector y le imprimen su ética profesional y, al mismo tiempo, conducen mucha de la investigación que impulsa avances en la medicina. A través de estas tareas promueven construcciones sociales específicas (como la base genética o racial de ciertas enfermedades o problemas sociales) que se vuelven consenso, los académicos que llevan estas tareas son altamente remunerados. En muchas universidades los funcionarios mejor pagados son los entrenadores de básquetbol y el director del hospital universitario.

Este problema es tipificado como “conflictos de intereses” que debieran ser revelados y regulados pero, en este caso, la academia está tan interpenetrada por la industria que su relación sería descrita, aún en los mejores términos, como simbiótica. Por ejemplo, en 2007, Eric Campbell y sus colegas de la Escuela de Medicina de Harvard publicaron una Encuesta de Jefes Departamentales en Escuelas de Medicina Estadounidenses, de los 688 puestos muestreados recibieron respuesta de 459 (67%). Encontraron que dos tercios de estos funcionarios tenían una relación personal directa con la industria. Estos vínculos se dan en gran variedad de formas, la más común siendo la consultoría (27%), pero se extienden a posiciones dentro de la estructura corporativa como funcionarios (7%), fundadores (9%) o directores (11%).¹⁸ Más de dos tercios de éstos respondieron que esta relación “no tenía efecto alguno sobre sus actividades profesionales”. Se trata de un dato realmente fascinante: ¿Qué tipo de actividades podrían llevar estos funcionarios en esas corporaciones que no fueran profesionales?

Por otra parte, los estudiantes de medicina frecuentemente han sido activistas importantes en la promoción de cambios, la propia Escuela de Medicina de Harvard es un caso interesante al respecto. En 2008 un conjunto de casos de conflictos de intereses en las altas esferas fue puesto al descubierto, los estudiantes de medicina formaron un grupo de protesta en contra de que tantos profesores suyos tuvieran relaciones encubiertas con la industria médica.¹⁹ A mayor escala, a nivel nacional, la Asociación de Estudiantes Americanos de Medicina (AMSA) también ha jugado un papel importante como promotor de cambios. Creada en 1950 como una alternativa progresista a la asociación estudiantil patrocinada por la AMA, esta organización fue un pivote en la creación de la Alianza Nacional de Médicos (NPA), concebida como alternativa progresista a la AMA. La AMSA monitorea regularmente las escuelas de medicina en función de su involucramiento con la industria farmacéutica y les asigna calificaciones que van del 10 (25% de las escuelas en 2013) al 5 (8%).²⁰

La pregunta sería si existe algún tipo de involucramiento con estas industrias que pueda ser llevado de manera que tenga algún sentido.

Cuando en 2011 la Dra. Laurie H. Gimcher, inmunóloga de la universidad de Harvard, fue designada Directora de la Escuela de Medicina Weill Cornell (WCMS), se reveló que tenía vínculos con dos de las más grandes farmacéuticas del mundo: Merck y Bristol-Meyers. Formaba parte de la Junta Directiva de Bristol-Meyers, un puesto que le retribuía US\$ 244,500 en 2010 y alrededor de US\$ 1.4 millones en acciones.²¹ En vez de ver esto como un problema, la postura que la universidad tomó fue la opuesta, argumentando que “estos puestos externos son cruciales para avanzar en uno de sus objetivos a largo plazo para con la WCMS: la expansión sustancial de su asociación con la industria farmacéutica”.²² Este argumento retrata el ideal del complejo médico-industrial en cuanto a la incorporación completa de la academia a la iniciativa privada.

La importancia de lo que no se menciona

El PCMH fue diseñado para darle seguimiento a serios problemas en la atención a la salud en los EUA: falta de integración, incremento en costos, problemas de acceso y calidad. Aún cuando he listado varias de sus carencias, es importante tener presente aquello en lo que dicho modelo no puede incidir y las posibilidades que no explora: seguirá habiendo tremendas disparidades étnicas y de clase en el sistema; ambas impactan tanto la calidad como el acceso a los servicios, así como a las posibilidades de cursar una carrera en medicina. Estas omisiones siguen a las premisas de partida del complejo médico-industrial. Adicionalmente, un sistema con tantos incentivos para lograr metas de alta calidad haría bien en evitar a los pacientes más pobres (o más enfermos) porque sus resultados pudieran no ser tan buenos.

Muchos modelos de cuidado médico han buscado hacer del centro de salud parte integral de la comunidad en la que se asientan para lograr el doble propósito de participar en el desarrollo comunitario, así como por los beneficios clínicos derivados de entender el contexto local. Esta es la base del muy exitoso programa de centros de salud comunitarios que desarrolló el Dr. Jack Geiger en los años 60.²³ Pero no hay cabida para la voz de las comunidades en los PCMH; de hecho, retienen el *ethos* paternalista de la medicina, aunque ahora “el padre” del hogar médico es la burocracia

corporativa. ¿Cómo podría incentivarse el involucramiento con la comunidad local dentro de un sistema de seguros privados?

¿Es irrelevante la verdad?

La medicina se ha esforzado durante décadas para pasar de un modelo basado en opiniones expertas, a una práctica “basada en la evidencia”. Se trata de un proyecto que enfrenta múltiples obstáculos y cuya implementación probablemente lleve décadas. La medicina basada en evidencias representa un esfuerzo por hacer la práctica de sanar tanto racional como eficiente, pero hay que señalar que las prácticas que obedecen modelos de escuelas de negocios no tienen una base sustentada en la investigación. Los PCMH, los P4P y otras ideas interesantes han sido implementadas sin haber sido sometidas a prueba, se implementaron sólo porque alguien con capacidad ejecutiva parece ser favorable a estas buenas ideas. Cabe la esperanza de que podamos ir más allá de eso: necesitamos pruebas de que esas buenas ideas sí funcionan. Es realmente sorprendente que las escuelas de negocios (cuyos fundamentos científicos han sido severamente cuestionados)²⁴ dicten como debe funcionar la medicina.

Cuando los médicos clínicos objetan que están siendo forzados a hacer cosas que no tienen sentido clínico o son perjudiciales para sus pacientes, se les refuta que dichas prácticas son necesarias para el buen funcionamiento de los PCMH. Cuando los médicos familiares protestamos por el patrocinio de *Coca Cola*, se nos dice que eso también es necesario. En resumen, hemos llegado a la tierra anunciada por Kafka donde mentir se ha vuelto un principio universal.

Alternativas al sistema actual

Los problemas descritos, entre otros, han creado una amplia insatisfacción y desilusión entre los facilitadores de cuidados primarios. Algunos han optado por apostarle a crear modelos fuera del sistema descrito, parcialmente. Se estima que las clínicas gratuitas reciben unos cuatro millones de visitas al año.²⁵ Otros modelos están siendo desarrollados alrededor de un sistema de cobro único por persona: el cliente – individuo, sindicato o institución – paga una cuota fija a la clínica (o

doctor particular) para que le facilite cuidados y seguimiento médico. Estos modelos no sólo buscan mejorar el modelo de cobros sino, en principio, mantener a sus pacientes sanos. No obstante, incluso en sus mejores expresiones, no apuntan a un sistema alternativo de atención a la salud.

El activismo sanitario en la era de la ley de atención médica asequible

El debate de 2009 provocó un amplio movimiento contra esta ley favorable a las empresas; este movimiento apoyaba un “Plan de Pagador Único” (*Single Payer*) basado en una sola contribución por persona, conocido también como “Cuidado Médico para Todos”. La iniciativa unió grupos de doctores (por ejemplo, los médicos del Programa Nacional para la Salud - PNHP), sindicatos progresistas de enfermeras (Enfermeras Nacionales Unidas en California) y activistas de la comunidad. Después de la derrota de las ideas más progresistas en la versión final de la ley ACA, éste volvió a la vida como parte del Movimiento Ocupy a través de grupos como “Salud para el 99%” o “Doctores para el 99%”. Por todo el país, trabajadores de la salud participaron en protestas como ciudadanos y también como profesionales de la salud. En Nueva York, doctores y enfermeras trabajaron junto con paramédicos en el Parque Zucotti en una carpa médica y las protestas contaron regularmente con atención médica por parte de voluntarios que también sufrieron la violencia de parte de la policía del estado.

Hoy en día, el énfasis en el activismo por la salud ha cambiado del nivel nacional al estatal. Vermont ha aprobado ya una ley de pago por persona a ser implementada en 2017. Un número de legislaturas estatales consideran propuestas similares.

En el frente laboral, en la medida en que los médicos se vuelven empleados, pudiera bien ser que se sindicalizaran. Actualmente, sólo una pequeña porción de los médicos lo está, pero el llamado por un sólo sistema nacional de salud le presenta al movimiento sindical estadounidense una oportunidad atractiva y los médicos podrían desarrollar un sentimiento de interés común con otros gremios sindicalizados.

Estos son movimientos prometedores y ofrecen la perspectiva de un cambio, pero dentro de la correlación de grandes fuerzas, son pequeños. Los trabajadores de la salud necesitarían ser parte de alianzas más grandes. Por ejemplo, los maestros están sujetos a las mismas fuerzas, controles y presiones del mercado que los desprofesionalizan. Ambos están en una posición que les permite entender que la degradación de la educación en los niños erosiona su salud y que una mala salud (por ejemplo, por comida escolar de poca calidad) crea problemas educacionales. Lamentablemente, no se ven vías naturales para la colaboración intergremial. Un verdadero partido de izquierda sería el mejor vehículo para lograr un cambio verdadero, pero tal alternativa parece un sueño lejano. Por lo pronto, el trabajo a nivel local parece ser el camino más prometedor. ¿Seremos capaces de encontrar un lugar para reencontrarnos y dar pie a un cambio progresista?

Conclusiones

Aunque la ACA contiene algunos elementos positivos nos deja con el mismo sistema disfuncional y lo entrega formalmente al mismísimo complejo médico-industrial que generó sus graves problemas. Es poco posible que hacer de la obtención de ganancias el meollo del sistema vaya a dar lugar a mejoras en la salud o a reducir costos, lo que es altamente probable es que haga muy ricas a ciertas personas.

La infraestructura para la atención primaria en salud –que todo mundo acepta, debiera ser la base de un sistema de salud robusto– está en crisis. La solución propuesta por el complejo médico-industrial, los PCMH, muestran poca capacidad para resolver esta situación, encima de poner en riesgo la autonomía del trabajo médico. ¿Somos los doctores empleados que responden a las exigencias de nuestros patrones o profesionistas cuya labor es el cuidado de la salud de cada paciente? Es posible que seamos ambos, pero no sin un esfuerzo continuo por hacer compatibles las tareas que acompañan cada rol, como bien lo saben los maestros. En un sistema de atención a la salud cuyo pivote principal es la acumulación de ganancias, generar este tipo de compatibilidad parece improbable en el futuro cercano.

Referencias

1. Ehrenreich BEJHPAC. *The American health empire: power, profits, and politics*. [A report from the Health Policy Advisory Center (Health-PAC)]. New York: Random House; 1970
2. Health expenditure, total (% of GDP). The World Bank. Available at: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>. Accessed on January 13, 2014
3. Cuckler GA, Sisko AM, Keehan SP, et al. National health expenditure projections, 2012-22: Slow growth until coverage expands and economy improves. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32(10):1820-31.
4. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*. OECD Publishing; 2011
5. Global Health Observatory: Life expectancy. World Health Organization. Available at: http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends/en/index.html. Accessed January 8, 2014.
6. Lobbying database. OpenSecrets.org. The Center for Responsive Politics. Available at: <http://www.opensecrets.org/lobby/top.php?showYear=2013&indexType=c>. Accessed January 8, 2014.
7. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502; Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *Int J Health Serv*. 2007;37(1):11.
8. Starfield B, Shi L, Grover A, Macinko J. The effects of specialist supply on populations' health: assessing the evidence. *Health Aff (Millwood)*. 2005;Suppl Web Exclusives:W5-97-W5-107.
9. Goodson JD. Unintended consequences of resource-based relative value scale reimbursement. *JAMA*. 2007;298(19):2308-10.
10. Sia C, Tonniges TF, Osterhus E, Taba S. History of the medical home concept. *Pediatrics*. 2004;113(5 Suppl):1473-8.
11. Stange KC, Nutting PA, Miller WL, Jaen CR, Crabtree BF, Flocke SA, et al. Defining and measuring the patient-centered medical home. *J Gen Intern Med*. 2010;25(6):601-12.
12. Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, Remmen R, Rosenthal MB, Sermeus W. Systematic review: effects, design choices, and context of pay-for-performance in healthcare. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:247.

13. DesRoches CM, Campbell EG, Vogeli C, Zheng J, Rao SR, Shields AE, et al. Electronic health records' limited successes suggest more targeted uses. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(4):639-46.
14. Hartzband P, Groopman J. Off the record--avoiding the pitfalls of going electronic. *N Engl J Med*. 2008;358(16):1656-8.
15. Patient Voice: Every Patient Matters. Every Voice Counts. Press Ganey. Available at: <http://www.pressganey.com/ourSolutions/patient-voice.aspx>. Accessed January 8, 2014.
16. Campbell DT. Assessing the impact of planned social change. Hannover, New Hampshire: Public Affairs Center, Dartmouth College; 1976. 71 p. Occasional Paper Series. Available at: [https://www.globalhivmeinfo.org/CapacityBuilding/Occasional Papers/08 Assessing the Impact of Planned Social Change.pdf](https://www.globalhivmeinfo.org/CapacityBuilding/Occasional%20Papers/08%20Assessing%20the%20Impact%20of%20Planned%20Social%20Change.pdf). Accessed January 8, 2014.
17. Corporate partners. National Heart Lung and Blood Institute. Available at: <http://www.nhlbi.nih.gov/educational/hearttruth/partners/corporate-partners.htm>. Accessed January 8, 2014.
18. Campbell EG, Weissman JS, Ehringhaus S, Rao SR, Moy B, Feibelmann S, et al. Institutional academic industry relationships. *JAMA*. 2007;298(15):1779-86.
19. Carmichael M. Bitter Pills: Harvard Medical School and Big Pharma. *Boston*. November 2009. <http://www.bostonmagazine.com/2009/10/bitter-pills/>. Accessed January 8, 2014.
20. Executive summary. AMSA PharmFree Scorecard 2013. <http://www.amsascorecard.org/executive-summary>. Updated April 9, 2013. Accessed January 8, 2014.
21. Hartocollis A. Harvard researcher chosen as new dean of Weill Cornell Medical College. *New York Times*. September 7, 2011. <http://www.nytimes.com/2011/09/08/nyregion/laurie-h-glimcher-named-dean-of-weill-cornell-medical-college.html>. Accessed January 8, 2014.
22. Stein J. Weill Cornell dean remains on corporate payrolls, sparking debate about industry's role in academia. *The Cornell Daily Sun*. November 30, 2012. Available: <http://cornellsun.com/blog/2012/11/30/weill-cornell-dean-remains-on-corporate-payrolls-sparking-debate-about-industrys-role-in-academia/>. Accessed January 8, 2014.
23. Geiger HJ. Community-oriented primary care: a path to community development. *Am J Public Health*. 2002;92(11):1713-6.
24. Stewart M. *The Management Myth: Why the Experts Keep Getting It Wrong*. New York: W. W. Norton & Co.; 2009.
25. Brennan VM, editor. *Free Clinics: Local Responses to Health Care Needs*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press; 2013, ix.

Recibido: 12 de diciembre de 2013.

Aprobado: 13 de enero de 2014.

Conflicto de intereses: ninguno.



Medicina Social
Salud Para Todos